Recherche documentaire

Stratégies relatives à l'évaluation
des programmes de lutte contre l'abus des substances
chez les autochtones:

Examen de la question

101-03410/

TABLE DES MATIÈRES

I. APERÇU DES DONNÉES STATISTIQUES ET CONTEXTE 1
Épidémiologie 2
1. Usage de l'alcool 3
2. Consommation de drogues 5
3. Usage des solvants 6
4. Abus des substances psychoactives 7
5. Mortalité 8
6. Syndrome d'alcoolisme foetal 11
7. Morbidité et traitement 12
8. Incarcération 14
9. Homicide 14

II. ÉVALUATION DES PROGRAMMES D'ABUS DES SUBSTANCES 15
Indicateurs d'efficacité des programmes d'abus des substances 17
Types d'évaluation 20
Sources d'information pour l'évaluation 21
1. Les données des clients 22
2. Information organisationnelle 22
3. Information communautaire 23
4. Les groupes témoins 23
Équipe de l'évaluation 23
Modèles d'évaluation 24
1. Modèle naturaliste 24
2. Meilleur modèle conseillé 25
3. Analyse des résultats 27
4. Évaluation communautaire 28
5. Agrément 29

III. MODÈLES THÉORIQUES DU TRAITEMENT D'ABUS DES SUBSTANCES 30

IV. PROGRAMMES DE PRÉVENTION 36
Types de programmes de prévention 36
Stratégies d'action préventive destinées aux autochtones 39
Exemples de programmes de prévention 39
1. Centre de traitement Round Lake 40
2. Communities That Care 41

V. PROGRAMMES DE TRAITEMENT 42
Caractéristiques des programmes de traitement de l'abus des substances 42
Modalités des approches de traitement 43
Exemples de programmes de traitement 46
1. Programme national de lutte contre les abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones 46
2. Selkirk Healing Centre [trad. Le Centre deguérison Selkirk] 49

3. Okunongegayin 50
4. Programme communautaire de réadaptation O'Chiese 52
5. Traitement communautaire de Beauval, Pinehouse et Cumberland House 53
6. Ka-Na-Chi-Hih Solvent Abuse TreatmentCentre [trad. Le Centre de traitementKa-Na-Chi-Hih de l'abus des solvants] 55
7. Round Lake Treatment Centre/Centre de traitement Round Lake 56
8. Programme de traitement à demeure pour les jeunes Natitch Salallie 58
9. Fondation internationale de la redécouverte 58
10. Symposium sur les répercussions du monitorage/programme De suivi dans les systèmes de traitement de l'abus des substances 59

VI. OBSERVATIONS 63

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 67

I. APERÇU DES DONNÉES STATISTIQUES ET CONTEXTE

NOTE : Dans le présent document, le féminin ou le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

De toutes les manifestations du mauvais état de santé observées chez les populations autochtones, la réalité de l'abus des substances met en lumière de façon convaincante la nécessité de la convergence de tous les aspects relatifs au bien-être — physique, émotionnel, spirituel et mental — afin de permettre à tout être humain et à sa communauté de jouir d'une bonne santé globale. Dans la tradition autochtone, la santé et le bien-être d'un individu proviennent, en grande partie, de la santé communautaire et de son tissu social.[1] On peut donc alléguer que, non seulement l'abus des substances est rattaché au comportement social, mais aussi que la résolution de ce problème relève de l'action collective des communautés.

On a décrit "l'abus des substances" comme étant une des manifestations de "l'aliénation" des autochtones, provenant du fait que leurs traditions ancestrales et leur mode de vie sont fondamentalement différents des us et coutumes du peuple canadien et que la concordance des deux situations n'a pu se réaliser.[2] La perturbation et l'angoisse qui s'infiltrent dans le monde intérieur de l'esprit humain résultent de changements culturels aussi importants que ceux infligés aux peuples autochtones par l'invasion européenne[3]. Bien que le lien direct entre l'acculturation et la prévalence de l'abus des substances (et d'autres signes du mauvais état de santé) est peu établi sur le plan scientifique, des études ont toutefois démontré la relation existant entre les taux d'alcoolisme et de violence au sein des collectivités autochtones et le déclin du mode de vie traditionnel entraîné, notamment, par les répercussions sur l'environnement de la contamination par le mercure et des aménagements hydroélectriques importants[4]. Ces observations, ainsi que l'histoire moderne de la situation socio-économique amérindienne, suggèrent que l'abus des substances est une stratégie d'adaptation permettant d'affronter la pauvreté, le chômage, le mauvais état de santé, le faible niveau de scolarisation, le peu ou l'absence de développement économique communautaire, les effets des expériences négatives des écoles résidentielles ou des pensionnats et d'autres influences qui ont contribué à diviser les familles ou à relocaliser des communautés entières. Dans son rapport final, la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) a identifié les trois aspects significatifs de la santé communautaire qui doivent être modifiés pour que la santé et le bien-être des populations autochtones s'améliorent :

> la pauvreté et l'aide sociale
> l'hébergement, l'eau, les installations sanitaires, ainsi que les conditions de vie relatives à l'environnement des individus et celles de l'infrastructure de la communauté, incluant la pollution et la dégénération du sol et du milieu naturel.[5]

Quoique la théorie ci-dessus mentionnée établissant la cause psycho-sociale et économique de l'abus des substances soit largement acceptée, d'autres théories ont été suggérées et mises de l'avant notamment, que les populations autochtones sont génétiquement et biologiquement prédisposées à l'alcoolisme, ou que la consommation d'alcool est un penchant <culturel> à rechercher des "visions" dans des états de conscience altérés.[6] Les conséquences de l'introduction de l'alcool par les exportateurs européens, les commerçants de pelleteries et les marchands ont été décrites comme étant similaires à celles de la variole et à d'autres maladies infectieuses, en ce sens que le peuple autochtone n'était pas immunisé contre l'alcool. Dans ce contexte, l'immunité aurait permis de s'adapter aux normes sociales et l'expérience aidant, de se protéger ainsi contre la surconsommation.[7] L'abus des substances peut donc se répandre dans une société s'il n'y a pas de valeur indiquant qu'un certain abus est un comportement répréhensible ou un comportement destructeur et particulièrement, si cette société est plutôt tolérante en matière de consommation de drogues.

La recherche de Kim Scott a permis d'identifier les raisons que les autochtones ont données pour justifier leur consommation de substances ou d'abus des substances. Comme motifs, on évoque les pressions sociales, une stratégie d'adaptation, la perte culturelle, une attitude de défi, l'ennui, et l'effet de cette "croyance qui se réalise" à savoir que "boire, c'est typiquement indien."[8] Lors d'une étude sur l'abus de l'alcool et des drogues effectuée en Saskatchewan, on a aussi consulté le personnel du projet PNLAADA sur les causes et les conséquences de cette consommation excessive. Les répondants ont évalué les facteurs pré-déterminés suivants selon leur ordre d'importance (du plus important au moins important) :

perte de l'identité culturelle
pauvreté et chômage
manque d'occasions de socialisation
niveau bas d'instruction
disponibilité de la drogue
manque d'activités récréatives
influence du groupe de pairs et
influence familiale.[9]

Une étude à grande échelle sur les indicateurs prévisionnels de la consommation de substances chez les étudiants des petits centres communautaires urbains du Manitoba a démontré que le nombre d'amis/amies que les adolescents/adolescentes identifiaient comme étant consommateurs de drogues était l'indicateur prévisionnel de la consommation de substances (alcool, drogues et solvants) le plus exact chez les deux groupes d'étudiants autochtones et non-autochtones. L'influence des pairs était aussi un indicateur prévisionnel de tous les types d'abus des substances chez les étudiants autochtones.[10]

Épidémiologie

C'est à partir d'indicateurs sociaux que les chercheurs tirent, en tant que principale source, des données d'information pour leur analyse de l'abus des substances et de ses conséquences. De tous ces indicateurs, les taux de mortalité et de morbidité autochtones sont les plus communs, tout particulièrement les taux élevés de morts causées par des blessures et des empoisonnements ou intoxications incluant le suicide et les diagnostics liés à l'alcool et les congés/permis de sortie de l'hôpital. Les taux d'incarcération et de ventes d'alcool sont aussi des indicateurs sociaux couramment cités.

Les enquêtes sur la consommation d'alcool et de drogues sont une méthode plus directe d'obtenir de l'information dans ce domaine. Toutefois, la publication de recherche-sondage traite rarement de la validité et de la fiabilité des modalités (outils) de sondage utilisées. Comme autres limitations des données recueillies par sondage, on relève le faible taux de réponse à cause de l'apathie ou de la non-participation, les différences culturelles occidentales-autochtones qui rendent la communication plus compliquée, la collecte des données et leur interprétation, l'hétérogénéité (des nations autochtones) dans le regroupement qui compose l'échantillon du sondage, et un manque, dans l'ensemble, d'identification ou de participation des populations autochtones urbaines dans les sondages nationaux.[11]

1. Usage de l'alcool

Des sondages-recherches ainsi que la consultation effectuée lors de la CRPA ont identifié la consommation d'alcool comme étant un problème grave au sein des communautés autochtones. Lors d'une enquête menée en 1984-85 auprès de 57 communautés des Premières nations au Manitoba, on s'est servi d'une échelle d'évaluation allant de "pas de problème" à "problème grave" pour évaluer les problèmes de santé mentale. Quatre-vingt six pour cent des communautés ont évalué la consommation excessive d'alcool comme étant un problème majeur ou grave. L'abus des solvants a aussi été déclaré comme étant un problème très important dans 7 % de ces communautés. Une indication de la grande importance du dysfonctionnement social de ces communautés est reflétée par le pourcentage élevé de communautés déclarant d'autres sources de problèmes ou de préoccupations : l'angoisse (72 % comme préoccupation très importante), la violence en général (70 % comme majeure), sévices entre époux (69 % graves ou majeurs) et mauvais traitements ou sévices faits aux enfants (51 % graves ou majeurs).[12]

En 1991, les résultats de l'enquête du Manitoba ont été corroborés par un Sondage sur les populations autochtones (SPA) qui a confirmé que 73 % des personnes autochtones sur réserve et établissements autochtones percevaient la consommation excessive d'alcool comme étant

problématique dans leur communauté. De même que la violence familiale a été identifiée problématique par 44 %, l'abus des drogues par 59 % et le suicide par 35 % des participants.[13]

Une étude ontarienne utilisant les données de 1985-86 a quantifié la consommation d'alcool par comtés, et elle a comparé les comtés avec réserves aux comtés sans réserves.[14] Les comtés avec réserves avaient un pourcentage supérieur de consommation d'alcool comparativement à celui du reste des comtés. En utilisant la technique de l'analyse de la régression, la présence de réserves expliquait le 25 % de variation de la consommation d'alcool dans la province. De plus, un autre 35 % de la variation se justifiait en additionnant les variables socio-économique et démographique. On pouvait établir un lien direct entre le niveau faible de revenu et la consommation d'alcool, tandis que chaque 1000 $ supplémentaire ajouté aux bénéfices après impôts était mis en corrélation avec un 0,3 litre de diminution de la consommation totale d'alcool. En faisant le SPA, on a questionné les personnes autochtones au sujet de la consommation d'alcool et on a obtenu des résultats intéressants, en ce sens qu'elles n'ont pas indiqué un usage abusif d'alcool. Le sondage basé sur l'auto-évaluation a montré qu'une proportion plus faible d'autochtones boivent généralement à chaque jour comparativement aux canadiens (2 % chez les autochtones versus 3 % chez les autres canadiens) ou à chaque semaine (35 % chez les autochtones versus 46 % chez les autres canadiens). De même, l'abstinence est presque deux fois plus fréquente chez les autochtones (15 % d'autochtones versus 8 % de canadiens).

En outre, le SPA a montré que la consommation d'alcool est plus élevée chez ceux qui sont les plus instruits et ayant plus de revenus, chez les hommes, et chez les groupes d'âge de moins de 55 ans.[15] Des résultats similaires à ceux indiquant que l'abstinence était plus fréquente chez les autochtones ont été relevés dans les sondages basés sur l'auto-évaluation au Yukon[16] et dans les collectivités cries du nord du Québec.[17] Ces deux derniers projets de recherche ont aussi montré que, parmi les personnes qui consomment de l'alcool, l'abus ou la consommation excessive est plus fréquente que la modération.

En 1984, la Fédération des Indiens de la Saskatchewan a mené un sondage (SFIS) sur la consommation d'alcool et de drogues auprès de 898 adultes et de 385 adolescents de niveau secondaire qui vivaient soit sur réserve ou hors réserve.[18] Au total, 39 des 68 bandes à travers la province ont participé à ce sondage. Au sein de la population adulte, 83,9 % avaient consommé de l'alcool lors de l'année précédente, et 34,6 % déclaraient en consommer régulièrement. 37,7 % indiquaient avoir fait des excès (beuverie), un problème de surconsommation ou alcoolisme chronique. Chez les adolescents, même si la consommation d'alcool lors de l'année précédente était plus élevée (74,2 %), seulement la moitié d'entre eux ont déclaré en consommer régulièrement, alors que chez les adultes, on comptait 14,8 % d'entre eux et que la consommation d'alcool, évaluée en tant qu'excès (beuverie) ou problème de surconsommation ou alcoolisme chronique, était identifiée dans 11,4 % de ces auto-évaluations.

En 1989, le Sondage des Territoires du Nord-Ouest sur la promotion de la santé qui regroupait

des répondants inuits et dénés indiquait une prévalence d'abstinents et d'alcooliques ou de sujets ayant une consommation excessive au sein de la population autochtone.[19] L'édition de 1996 de ce sondage confirmait ces résultats, en établissant que seulement 60,1 % des personnes autochtones de T. N.-O. déclaraient qu'elles avaient bu de l'alcool au cours de l'année précédente (comparativement à 85,2 % chez les personnes non-autochtones) et que la consommation excessive était indiquée par 33,0 % des personnes autochtones (comparativement à 16,7 % de la population non-autochtone).[20] Dans la même veine, le SPA a démontré qu'au sein des sous-groupes autochtones, les Inuits étaient plus enclins à déclarer l'abstinence que les Indiens ou les Métis. Les Inuits se sont aussi montrés différents des Indiens et des Métis, en ce sens qu'ils ont déclaré plus souvent que la consommation d'alcool n'était pas un problème dans leurs collectivités.[21]

Même si la raison des écarts ou des divergences relevés dans cette section entre le degré de préoccupation exprimée au sujet de la consommation excessive de l'alcool et celui de l'auto-évaluation sur la consommation reste inconnue ou inexpliquée, on peut néanmoins donner, comme explications possibles, celle du succès remporté par l'éducation en matière de drogues et par le programme de traitement, celle des normes communautaires qui peuvent écarter la possibilité de l'abus des substances ou vice versa, ainsi que la possibilité d'une sous-déclaration de la consommation par les répondants.

2. Consommation de drogues

Il y a peu d'information disponible sur l'usage de médicaments sur ordonnance ou de drogues illégales par les autochtones. Comme on pourra le constater dans la section relative aux centres de traitement, il semble y avoir une augmentation de l'usage de stupéfiants et de médicaments prescrits ou sur ordonnance par les clients admis au traitement, même si l'usage de ces substances psychoactives est resté historiquement peu important par rapport à la consommation d'alcool.

Le Sondage des Territoires du Nord-Ouest sur la promotion de la santé de 1989 a indiqué que, parmi les répondants inuits et dénés, 30 % des hommes et 16 % des femmes ont pris du cannabis l'année précédant le sondage.[22] Avec l'édition de 1996 du sondage, tout comme l'alcool, l'usage de marijuana et de hachisch était plus important chez les autochtones (27, 3 %) que chez les personnes non-autochtones (10,8 %).[23]

Un sondage complet et de grande envergure sur l'abus des drogues chez les autochtones a été mené au Manitoba et il s'adressait à tous les adolescents autochtones (Indiens et Métis résidant hors réserve) et les adolescents non-autochtones.[24]

L'étude a accumulé des données d'information pendant quatre années consécutives, soit de 1990

à 1993. Parmi les quatorze regroupements d'adolescents selon les différents types de drogues consommées (n'incluant pas l'alcool) qui ont été interrogés, le groupe autochtone a manifesté de façon consistante des taux plus élevés de consommation (exprimés en pourcentage). En particulier, ces taux croissants étaient statistiquement importants, soit au cours des trois années ou pour l'ensemble des quatre années dans les cas du marijuana, des tranquillisants et des barbituriques pris à des fins non-médicales, LSD, PCP, d'autres drogues hallucinogènes, cocaïne (crack). En ce qui concerne le LSD et la marijuana, la moyenne autochtone des quatre années d'usage était trois fois plus élevée, comparativement à celle de l'usage fait par les non-autochtones.

En 1984, l'étude SFIS/FSIN a aussi examiné la question de l'abus des drogues parmi la population des adultes et des adolescents des Premières nations de la Saskatchewan.[25] Chez les adultes, 57,3 % ont dit avoir pris de la drogue au cours de l'année précédente, et 26,5 % en faisait usage régulièrement. Significativement, les résultats de la population adolescente qui prenait de la drogue étaient similaires, soit 57,3 % et 19,1 % de ces jeunes en prenaient régulièrement. L'abus des drogues a été mesuré comme étant de 20,7 % chez la population adulte et de 8,7 % parmi les jeunes. Les drogues illégales et les médicaments vendus au comptoir étaient au premier et au second rang des substances psychoactives les plus souvent consommées et ce, par les deux groupes. L'usage de drogues multiples, tout comme celui de l'alcool combiné à l'usage de drogue, était fréquent. Dans l'ensemble, en considérant l'abus de l'alcool et des drogues (et ce croisement de consommation abusive), l'étude concluait que les niveaux de surconsommation chronique (consommation régulière de quantités excessives d'alcool et de drogues) étaient de 15 % chez les adultes et de 3 % chez les adolescents.

3. Usage des solvants

Une étude canadienne d'envergure sur l'abus des solvants chez les enfants et les jeunes gens autochtones faisait appel à la participation de 2850 personnes de 25 communautés autochtones du Manitoba et de 70 écoles secondaires algonquines du Québec.[26] Dans l'ensemble, 20 % des enfants du Manitoba et 15 % des jeunes gens du Québec ont indiqué qu'ils avaient essayé d'inhaler des solvants, dont 6 % du groupe du Manitoba et 9 % de celui du Québec révélant qu'ils avaient inhalé des solvants bien au-delà de l'étape de l'expérimentation. 3 % des enfants du Manitoba et 2 % des adolescents du Québec ont indiqué qu'ils inhalaient régulièrement des solvants. L'âge moyen de ceux qui font l'usage des solvants se situe vers 12-13 ans, même si au Manitoba, des enfants aussi jeunes que 4-8 ans ont déclaré en inhaler.

L'étude du Manitoba qui a recherché des données sur l'abus des drogues chez les adolescents métis et indiens du Manitoba a aussi fait enquête sur l'abus des solvants. L'inhalation de colle est plus fréquente au sein du groupe autochtone, comparativement aux groupes non-autochtones, et ce, au cours de chacune des quatre années (1990-1993), et l'inhalation de colle était de façon similaire plus élevée chez le groupe autochtone au cours de trois des quatre années de l'étude.[27]

L'étude de 1984 du SFIS sur l'abus des substances psychoactives chez les Premières nations de la Saskatchewan a indiqué que 18,8 % des adolescents participant à ce sondage ont fait usage des solvants au cours de l'année précédente. Curieusement, 11,3 % de la population adulte a aussi déclaré faire usage du même type de solvant.[28]
En 1996, dans le sondage du T. N.-O., qui posait des questions sur les antécédents relatifs à l'usage des solvants (la population participant au sondage étant âgée de 15 ans et plus, on pouvait donc, lors du sondage, les interroger sur un comportement antérieur, notamment l'usage des solvants au cours de l'enfance), le pourcentage des personnes autochtones qui avaient fait usage de solvants était particulièrement élevé, soit 19,0 % (dépassant 24 fois le taux national), comparativement à 1,7 % chez les non-autochtones.[29]

Profil des usagers des solvants
Une étude effectuée en 1985 par l'Association nationale des centres d'amitié autochtones a recueilli des données d'information sur l'abus des substances psychoactives chez les jeunes autochtones des centres urbains.[30] L'étude a permis de constater que presque la moitié des usagers des solvants a commencé à inhaler des solvants quand ils n'avaient pas plus de 4 à 11 ans. Pour établir la prévalence, on a identifié des facteurs associés à l'inhalation de substances, tels que la toxicomanie et l'alcoolisme dans la famille, les conflits familiaux, le chômage, la malnutrition ou la négligence, les difficultés financières de la famille et les mauvais traitements.

On a décrit les toxicomanes ou ceux qui font un usage abusif des solvants comme étant plus souvent des garçons que des filles (toutefois, les personnes de sexe féminin qui font un usage abusif des solvants est en train d'augmenter), qu'ils ont commencé à faire cet usage abusif vers l'âge de 9-10 ans (l'âge où on commence à faire usage va en décroissant), et qu'ils viennent de familles dysfonctionnelles avec des antécédents de toxicomanie et qu'ils habitent des communautés isolées. En outre, ceux qui abusent des solvants éprouvent des difficultés scolaires ou ont décroché de l'école et sont en chômage, illettrés, mal logés et ont des antécédents personnels de mauvais traitements, de sévices affectifs/sexuels souvent associés à leurs problèmes d'inhalation.[31]

Lors de l'Enquête de 1994 sur l'abus des solvants dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, on a interrogé les toxicomanes ou ceux qui font un usage abusif des solvants dans les collectivités autochtones. L'enquête a permis de constater que la plupart des jeunes répondants ont commencé à faire un usage abusif des solvants quand ils étaient âgés de 4 à 11 ans (49,3 %) ou de 12 à 15 ans (45 %). Ces jeunes qui ont déclaré faire un usage abusif des solvants ont vécu un certain nombre de difficultés dans leur vie. À peu près la moitié d'entre eux a souffert de négligence ou de malnutrition (43,5 %), de chômage (57,7 %) et de graves difficultés financières (privations) (42,3 %) au sein de leur famille. Environ les deux tiers ont vécu des conflits familiaux (63,5 %) ou de l'alcoolisme et de la toxicomanie (abus des drogues) (67,2 %). Plus des trois quarts de ces jeunes répondants (78,4 %) ont aussi indiqué qu'ils prenaient de l'alcool.[32]

4. Abus des substances toxiques ou psychoactives dans les villes

Il y encore moins d'information disponible sur les taux d'abus des substances parmi les personnes autochtones de la ville comparés aux taux obtenus auprès des personnes qui sont dans les communautés des Premières nations. L'étude de 1985 effectuée par l'Association nationale des centres d'amitié autochtones a indiqué que la majorité des centres n'avaient pas la capacité de tenir des dossiers sur les clients qui font un usage abusif des substances puisque ces personnes venaient au centre pour d'autres motifs (recherche d'emploi, de logement, d'aide pour des études). Toutefois, 56 des 84 centres d'accueil ou d'amitié participant à l'étude n'ont pas rempli de questionnaire portant sur les types et les niveaux d'abus au sein de leur communauté. Ces répondants décrivaient des niveaux graves d'abus au sein de groupes cibles de tous âges, dont principalement, l'abus de l'alcool. On qualifie de "grave", selon la définition du PNLAADA, comme étant "un abus, usage abusif ou consommation excessive, rendant l'individu incapable d'affronter les préoccupations essentielles de la vie — des problèmes graves surviennent au sein de la famille, perturbent la vie familiale, le travail ou la vie professionnelle, entraînent des démêlés avec la justice, etc."[33]

Les centres ont rapporté l'abus des substances au sein des groupes suivants de leur communauté :

68 % ont déclaré que les enfants en faisaient un usage abusif
89 % ont déclaré que les jeunes gens ou adolescents en faisaient un usage abusif
96 % ont déclaré que les jeunes adultes en faisaient un usage abusif
76 % ont déclaré que les femmes enceintes en faisaient un usage abusif
77 % ont déclaré que les femmes célibataires en faisaient un usage abusif
77 % ont déclaré que les personnes sans emploi ou en chômage en faisaient un usage abusif
84 % ont déclaré que les alcooliques chroniques en faisaient un usage abusif
77 % ont déclaré que les clients en traitement en faisaient un usage abusif
68 % ont déclaré que les personnes âgées en faisaient un usage abusif

5. Mortalité

L'indicateur le plus commun de tous ceux qui mesurent indirectement la fréquence/prévalence de l'alcoolisme et de la toxicomanie, c'est le profil de la morbidité au sein de la population des Premières nations. La Direction générale des services médicaux de Santé Canada a recueilli annuellement des données sur les décès des personnes indiennes inscrites selon leur âge, leur sexe et la cause du décès. Même si les méthodes de collecte de données et les populations étudiées varient selon les régions de la DGSM, ce qui limite les études à une analyse inter-régionale, on a accès à de l'information utile et importante sur des données statistiques à l'échelle nationale de la mortalité chez les Premières nations ainsi que sur les tendances reflétées.[34]

Une analyse de l'ensemble de la mortalité chez les Premières nations, à partir de la base de

données de la DGSM compilées de 1979-1993, a démontré que :

> le taux brut ou standardisé de la mortalité chez les Premières nations a baissé à 21.4 %, allant de 7,0 décès par 1000 de population à 5,5 décès par 1000 de population. Les personnes de sexe masculin ont des taux bruts de mortalité plus élevés que celles de sexe féminin; et cet écart a été établi tout au long de cette période de 15 ans.
> le groupe d'âge qui a démontré la diminution la plus importante du taux de mortalité en comparant les données de 1979-1983 à celles de 1989-1993 était de 0-1 an(45.1% de diminution), suivi du groupe d'âge 5-14 ans (38 %), et de celui de 30-34 ans et de 40-44 ans (chacun de ces groupes, diminuant de 36 %).
> le taux de mortalité chez les Premières nations selon le taux comparatif sans strates d'âge était de 1,6 fois plus que le taux canadien en 1993, ce qui était similaire à l'écart de 1,5 fois en 1979.

La prévalence de mort violente au sein des communautés des Premières nations est envisagée comme une des manifestations les plus visibles de l'abus des substances au sein de cette population, et cette constatation est appuyée par les corrélations statistiques.[35] L'analyse des données de la DGSM recueillies sur une période de 15 ans a montré que[36] :

> tout au long de cet intervalle de 15 ans, la cause principale des décès au sein de la population des Premières nations s'est maintenue comme étant les blessures et l'empoisonnement ou l'intoxication, même si on a constaté une amélioration de 37% dans cette catégorie des taux de mortalité, passant de 243 décès par 100 000 de population en 1979-1981 à 154 décès par 100 000 de population en 1991-1993. Les blessures et l'intoxication/empoisonnement représentent la catégorie polyvalente des décès qui sont causés par des accidents et/ou des actes violents, incluant ceux qui résultent d'accidents de véhicules moteurs, de suicides, d'empoisonnements ou d'intoxications, de noyades, d'incendies, de chutes, d'usage d'armes à feu, d'étouffements, de contaminations, d'homicides, d'accidents de travail et d'écrasements d'avion.
> pour les personnes de sexe masculin, les blessures et les morts par empoisonnement continuent d'être la cause principale de décès, même si le nombre a chuté de 42,8 % de décès en 1979-1981 à 32,8 % en 1991-1993. Au cours de ces deux mêmes périodes, les décès des personnes de sexe féminin causés par les blessures et les empoisonnements ont chuté pour passer de cause principale en 1979-1981 (26,1 %) à la deuxième cause de décès en 1991-1993 (20,0 %), les décès causés par les maladies du système circulatoire ayant augmenté pour devenir prédominantes.
> en ce qui concerne l'âge, en 1991-1993, les blessures et les empoisonnements étaient la cause principale de décès chez les groupes d'âge de 1-44 ans. Cette catégorie a chuté au troisième rang pour le groupe d'âge de 45-64 ans et au sixième rang, pour les personnes de 65 ans et plus.
> Les taux de mortalité sans strates d'âge ou taux comparatif montrent que le taux des décès

causés par des blessures ou par un empoisonnement était de 3,8 fois plus élevé chez les Premières nations, comparativement en 1991-1993 à celui de la population canadienne. Il n'a que très peu changé de 1984-1988.

en 1993, en termes d'années potentielles de vie perdues (l'expression quantitative de l'impact d'une mort prématurée dans une population), dans l'ensemble, il y avait 46 037 d'années perdues chez les Premières nations. De ce nombre, les blessures et l'empoisonnement étaient calculés à 55 % ou 25 795 années potentielles de vie perdues.

Selon l'aspect positif, en 1989-1993, comparativement à 1979-1983, 69,9 % des décès évités (contribuant ainsi à abaisser le taux de mortalité) étaient attribuables à l'effet de cette diminution du taux de décès par blessures et empoisonnement.

une analyse régionale des années 1991-1993 a montré que, dans toutes les régions, les décès causés par les blessures et l'empoisonnement viennent au premier rang, sauf dans les régions de l'Atlantique et de l'Ontario, où cette catégorie passe au deuxième rang après les maladies du système circulatoire.

Une analyse détaillée des décès par blessures et empoisonnements a montré que :

en 1991-1993, les causes les plus communes de décès étaient les accidents de véhicules moteurs (40,5 décès par 100 000 de population), suivies par le suicide (38,0 décès par 100 000 de population) et l'empoisonnement ou d'intoxication (16,5 décès par 100 000 de population). Les accidents de véhicules moteurs combinés aux suicides représentent approximativement la moitié de tous les décès par blessures et empoisonnements.

en 1991-1993, même si les suicides étaient moins fréquents chez les personnes autochtones de sexe féminin, comparativement aux suicides chez les personnes de sexe masculin, un plus grand nombre de femmes/filles sont décédées d'empoisonnements ou d'intoxications.

dans l'ensemble, le taux décroissant de décès par blessures et empoisonnements (1979-1981 comparé à 1991-1993) est attribuable aux améliorations apportées aux taux de décès par accidents de véhicules moteurs (39,4 % d'amélioration), de noyades (56,8 % d'amélioration), d'incendies (44,3 % d'amélioration) et d'usage d'armes à feu (78,3 % d'amélioration). Le taux de décès causés par le suicide n'a pas changé, et le taux de décès par empoisonnement/intoxication a augmenté du double.

les taux de suicide chez les jeunes (groupe d'âge 1-14 ans) ont augmenté de 44,8 % quand on compare les données de 1979-1983 avec celles de 1989-1993. Ces données ont été équilibrées par des améliorations marginales dans les catégories d'âges 15-44 ans. La majorité des suicides survient dans le groupe d'âge 15-24 ans, suivi par le groupe des 25-44 ans.

la majorité des décès par empoisonnement/intoxication survient dans le groupe d'âge 25-64 ans. Pendant ces périodes de temps, de 1979-1983 et de 1989-1993, ces taux ont augmenté de façon significative dans le groupe d'âge de 65+ (3,6 fois de plus); dans le groupe 45-64 ans (2,6 fois de plus) et dans le groupe d'âge des 25-44 ans (1,8 fois de

plus). Les décès causés par le suicide chez les Premières nations sont de façon galopante en nombres plus élevés que ceux des autres canadiens. En ce qui concerne les personnes de sexe féminin âgées de 15-24 ans, le taux de suicide chez les Premières nations (35,0 décès par 100 000 de population) était presque 8 fois plus élevé que le taux canadien. Pour le même groupe d'âge des personnes de sexe masculin, le taux chez les Premières nations (125,7 décès par 100 000 de population), le taux était plus de 5 fois plus élevé que le taux canadien.

Dans le groupe d'âge des 25-34 ans, la disparité se réduit à 4,5 fois plus élevé pour les femmes des Premières nations et 3,5 fois plus élevé dans le cas des hommes des Premières nations. Alors que le taux des personnes âgées de moins de 15 ans est de zéro pour la population canadienne en général (on ne sous-entend pas qu'il n'y ait eu aucun suicide qui soit survenu mais plutôt que le taux était si faible qu'on l'a arrondi à 0 décès par 100 000 de population) dans le cas de la population des Premières nations, le taux pour les personnes des deux sexes s'établissait à 4,0 décès pe[illegible]00 000 de population.

Une étude récente estimait que le nombre total de décès et d'nospitalisation était attribuable à l'alcool, au tabagisme et aux drogues illicites ou illégales dans le cas de la population autochtone du Canada.[37] La méthodologie utilisée pour faire cette évaluation comprenait de l'information sur le risque relatif à des maladies associées à différents niveaux de consommation combinées à des données de prévalence tirées de sondages nationaux qui étaient alors adaptés à aux sources d'information spécifiquement autochtones sur le risque relatif et sur la prévalence de l'alcool, du tabagisme et des maladies et décès causés par la toxicomanie, ainsi que la population répartie selon l'âge. On a évalué qu'en 1992, il y avait eu 299 décès (205 garçons/hommes et 94 filles/femmes) causés par l'alcoolisme et 48 décès (205 garçons/hommes et 8 filles/femmes) causés par des drogues illicites ou toxicomanie chez les personnes autochtones du Canada. Quand on interprète ces taux, ceux-ci représentent des taux considérablement plus élevés que ceux constatés chez la population canadienne en général. En ce qui concerne les décès se rapportant à l'alcool ou à l'alcoolisme, le taux de mortalité a été évalué à 43,7 décès par 100 000 de population dans le cas des autochtones, comparativement à 23,6 dans le cas de la population en général. Le taux de décès causés par les drogues illicites (toxicomanie) a été évalué comme étant deux fois plus élevé, c'est-à-dire de 7,0 décès par 100 000 de population chez les autochtones, comparativement à 2,6 dans les cas de la population en général.

Une étude en Saskatchewan sur les décès suite à des actes violents pendant les années 1978-1982 a permis de découvrir que les décès causés par des actes violents représentaient 40 % des décès de tous les indiens inscrits.[38] On a constaté une variabilité marquant une opposition extrême entre les taux des différentes régions géographiques, montrant que les groupes nordiques souffraient de taux beaucoup plus élevés de mortalité causée par des actes violents que les régions du sud bien moins isolées.

Une autre étude de la Saskatchewan sur la consommation d'alcool dans la population des indiens

inscrits pendant les années 1985-1987, à partir des données sur les blessures et les empoisonnements de la base de données de la DGSM, a démontré que la consommation d'alcool avait entraîné 92 % des accidents de véhicules moteurs, 46 % des suicides dans le groupe d'âge des 15-34 ans, 38 % des accusations d'homicides, 50 % des décès causés par des incendies et des noyades, 80 % des décès causés par la contamination/propagation de maladies et 48 % des décès provoqués par une autre catégorie de cause.[39]

6. Syndrome d'alcoolisme foetal

La consommation d'alcool durant la grossesse peut être à l'origine du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) et moins gravement de l'effet de l'alcool sur le foetus (EAF). La gamme d'effets du SAF comprend notamment le retard de la croissance intra-utérine ou postnatale, des anomalies du système nerveux central et des anomalies faciales. L'EAF, qui est une manifestation moins grave des déficiences causées au foetus par l'alcool, porte atteinte principalement au système neurologique et on en constate les effets par l'hyperactivité, les problèmes comportementaux, les troubles d'apprentissage scolaire et les dysfonctionnements sociaux. On pense maintenant que l'exposition prénatale à l'alcool est la cause principale des malformations congénitales et des déficiences cognitives en Amérique du Nord. De la même façon, cette exposition prénatale peut causer des déficits subtils portant atteinte à la capacité de jugement et de raisonnement chez les gens qui possèdent apparemment une intelligence normale.[40]

La consommation accrue d'alcool chez les femmes en âge de procréer a été attribuée au changement du rôle de la femme dans la société, aux répercussions de la dégradation ou de l'effondrement social et culturel de la population autochtone et des stratégies publicitaires visant la consommation d'alcool.[41]

Il n'y a que quelques études sur les problèmes du SAF particuliers à la population autochtone, et encore moins d'études auxquelles on peut se fier. Néanmoins, on a rapporté une prévalence très élevée dans quelques communautés autochtones, et on accepte généralement le fait que les taux représentant le nombre d'enfants autochtones affectés par le SAF et EAF sont plus élevés que ceux qui ont été constatés généralement chez les enfants de l'Amérique du Nord. Un examen des 10 études analysant les données épidémiologiques du SAF chez les amérindiens, les autochtones d'Alaska et les populations autochtones du Canada a permis de constater que la prévalence du SAF dans les groupes autochtones était de façon constante élevée et ce, dans les 10 études. L'examinateur a formulé cette mise en garde que dans ces études, on avait émis des restrictions significatives, limitant ainsi le niveau de fiabilité en ce qui a trait aux taux rapportés et à la généralisation tirée des résultats.[42]

7. Morbidité et traitement

Selon l'étude de Single et al qui a évalué la mortalité causée par l'alcool ou l'alcoolisme et la toxicomanie (ou à l'usage de drogues illicites), on a aussi recueilli des taux approximatifs d'hospitalisation résultant de ces activités.[43] Au sujet de l'usage ou de la consommation d'alcool, en 1992, les personnes autochtones ont été hospitalisées selon un taux de 5,1 cas d'admission par 1000 de population, comparativement au taux de 3,0 pour la population canadienne. Une étude sur l'utilisation en Ontario des centres de traitement dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie desservant la population autochtone, pour l'année 1985-1986, a permis de montrer que cette utilisation était six fois plus élevée que ce qu'on avait prédit en se basant sur le nombre de personnes autochtones de la province et une utilisation égale par habitant entre la population autochtone et non-autochtone.[44]

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) offre des services de prévention et de traitement aux personnes des Premières nations vivant sur réserve. Ce sont des établissements de traitement à demeure fonctionnant selon un modèle psychothérapeutique, intégrant une programmation intensive, non-médicale et culturellement adapté, d'une durée de 4 à 6 semaines. Ces centres utilisent un Système de rapport sur les activités de traitement (SRAT). Voici ce qu'un examen des données et de la publication de l'information recueillie à partir du SRAT a permis de constater :[45]

> En 1991, l'usage de l'alcool, des stupéfiants et des drogues hallucinogènes étaient les plus répandus des usages abusifs de substances et la consommation excessive d'alcool était le plus élevée de ces usages abusifs, étant 4 fois supérieure à l'usage d'autres substances. L'évaluateur note qu'il peut y avoir des lacunes dans le processus de normalisation de la classification de certaines de ces substances, comme par exemple, le cannabis.
>
> en 1989 et en 1991, quand on a comparé les données, on a pu constater chez les personnes autochtones en traitement à demeure/en établissement, un profil constant d'abus des substances indiquant que les plus populaires des toxicomanies croisées étaient l'alcool et les narcotiques, l'alcool et les hallucinogènes, l'alcool et les médicaments sur ordonnance et les narcotiques et les hallucinogènes.
>
> en se basant sur les données de 1991, de façon générale, 40 % de la clientèle des centres de traitement étaient des filles/femmes, et pour l'ensemble des personnes des deux sexes, le nombre le plus élevé de clients faisait partie du groupe d'âge des 25-34 ans, suivi du groupe des 16-24 ans et du groupe des 36-44 ans.
>
> lorsque les données ont été analysées par région d'est en ouest, on a dénoté une tendance vers un écart moins important entre les taux de participation des garçons/des hommes et ceux des filles/des femmes.
>
> au niveau régional, la participation du groupe des 25-34 ans au traitement a été la plus élevée. Quant à la participation des garçons/des hommes, elle a été, de façon constante, plus importante que la participation des filles/des femmes dans toutes les catégories d'âge

sauf chez les enfants en Ontario. Ces observations sont demeurées stables, invariables, en 1989 et en 1991. L'évaluateur a émis l'hypothèse que ces différences peuvent s'expliquer du fait que le problème d'abus est plus flagrant chez les hommes ou qu'il y a de plus grands obstacles à la participation des femmes au traitement (par ex., soins aux enfants, stigmatisme social).
approximativement les deux tiers de ceux qui commencent un traitement terminent le programme (pas de différences régionales significatives). Le fait que le programme soit non-achevé résulte tout d'abord de la cessation par le client lui-même (68 %) et la cessation occasionnée par le personnel (21,5 %).

Un examen plus récent du système de données du SRAT pour l'année 1994-1995 a confirmé les observations ci-haut mentionnées et de plus, il a permis de trouver que :[46]

la tendance est à l'augmentation de l'usage abusif de narcotiques et de médicaments avec ordonnance
la participation des femmes aux programmes du PNLAADA a augmenté de 45 %.
La légère divergence entre le taux de participation au traitement des personnes des deux sexes a permis d'élaborer une théorie qui a eu comme résultat l'établissement de centres de traitement davantage à la portée des femmes, une réduction des barrières psychologiques ou bien l'identification d'un plus grand nombre de femmes qui en ont besoin.

8. Incarcération

Les personnes autochtones sont en nombre disproportionné dans les établissements pénitenciers de toutes les régions du Canada, comparativement au pourcentage de cas d'incarcération au sein de la population canadienne. En 1988-1989, une enquête portant sur les cas d'incarcération dans les établissements provinciaux et fédéraux a permis de le confirmer, et de démontrer que les taux les plus élevés d'incarcération se trouvent dans les régions du nord et dans les prairies.[47] Dans les Territoires du Nord-Ouest, ces taux élevés (86 et 96 % respectivement pour les établissements provinciaux et les établissements fédéraux) se trouvent en quelque sorte équilibrés à cause du pourcentage de personnes autochtones par rapport à la population en général (63 %), alors qu'au Yukon, même s'il y a 28 % de personnes autochtones par rapport à l'ensemble de la population, dans les établissements fédéraux et provinciaux, la proportion est respectivement de 50 et 63 %. Quant à la population autochtone de la Saskatchewan, on constate une différence encore plus importante : 10 % pour l'ensemble de la population, comparativement à 52-65 % pour les autochtones dans les établissements fédéraux et provinciaux.

Lors d'un enquête effectuée par les Services correctionnels du Canada sur tous les délinquants incarcérés, on a appris que dans le cas de 75 % des délinquants autochtones, on avait diagnostiqué des problèmes d'alcool d'une gravité suffisante pour justifier une intervention à un certain niveau de traitement. Plus de la moitié de cette population (53 %) manifestait aussi des problèmes de drogue/toxicomanie.[48]

9. Homicide

Les cas d'homicide peuvent aussi démontrer une pathologie sociale et donc, peuvent être utilisés comme autre indicateur indirect des effets de l'abus des substances. En 1988, la proportion des personnes autochtones accusées de meurtre était de 16,0 par 100 000 de population, au décuple plus élevé que la population canadienne. Les personnes autochtones étaient aussi 8 fois plus susceptibles de mourir assassinées que les autres canadiens.[49]

II. ÉVALUATION DES PROGRAMMES D'ABUS DES SUBSTANCES

Pour être un exercice rentable, l'évaluation doit être plus qu'un simple examen objectif des démarches, des processus et des activités d'une organisation ou d'un programme. On doit explorer les besoins de la collectivité et des individus concernés par l'organisation ou le programme qu'on est en train d'évaluer, et on doit, au moyen d'instruments de mesure des résultats, pouvoir apprécier de quelle façon les objectifs fixés ont été atteints. La plupart des évaluations sont soumises à des contraintes de coûts et elles sont assorties de délais à respecter, et le défi est donc de faire des choix judicieux quant aux aspects à évaluer et de les évaluer de la façon la plus rentable possible.

Une organisation qui choisit d'entreprendre un processus d'évaluation doit consciemment accepter cette démarche et la considérer de façon positive afin d'être bien disposée à effectuer les changements, de pouvoir s'y engager activement, et en être transformée et renforcée, élargie, et par conséquent, devenir plus efficace et plus efficiente pour accomplir sa mission. Comme l'évaluation (pareillement à de nombreux autres aspects des programmes autochtones) prend racine à l'extérieur des collectivités autochtones, elle est souvent acceptée à contrecoeur. Si l'organisation met elle-même en oeuvre tout le processus d'évaluation, lui donne son élan, on se préoccupera principalement des qualités du programme, de sa signification et de sa raison d'être, en même temps que de son fonctionnement et des résultats du système du programme.[50] Il peut arriver parfois qu'on perçoive l'évaluation comme un moyen utilisé pour légitimiser l'élimination d'un programme, ce qui provoque, par conséquent, la désapprobation de la communauté qui envisage alors cet exercice comme une menace pouvant nuire à un service considéré nécessaire. En définitive, l'évaluation devrait faire partie intégrante du programme, de telle sorte que l'évaluation relève de la responsabilité de l'organisation et que le personnel y participe pleinement, n'étant pas uniquement observateur du processus.

Le "Four Winds Development Project" [Projet de développement de Four Winds] a décrit les limitations de l'évaluation qu'ils ont effectuée dans un contexte autochtone de l'ouest. Même si ces limitations provenaient d'évaluations effectuées dans le domaine de l'éducation portant sur les étudiants et le processus d'apprentissage, leur relation par rapport aux évaluations portant sur l'abus des substances est double. En tout premier lieu, l'éducation a été considérée au niveau communautaire comme un des mécanismes principaux de guérison des ravages de l'abus des substances. Dans ce contexte, le développement humain est en lui-même un processus d'apprentissage au moyen duquel les autochtones apprennent à affronter de façon positive et novatrice les défis de leur milieu social auquel sont intimement liées les causes profondes de la consommation abusive d'alcool et de drogues. En second lieu, le modèle médical du traitement de l'abus des substances s'appuie sur des valeurs semblables à celles de l'éducation, concentrant tous les efforts sur les personnes évaluées déficitaires sous certains aspects (tels qu'identifiés par l'examen) pour amener ces personnes à se conformer à une norme ou a un standard établi par la société.

Même si l'approche holistique de "Four Winds" relative à l'évaluation a été élaborée au milieu des

années 1980, les perspectives de cette organisation sont encore pertinentes quand on veut établir des stratégies pour réaliser une évaluation moderne. On a présenté les limitations suivantes en considérant les modèles ou types actuels d'évaluation ainsi que les procédures de sélection des informations :

> le point central des évaluations portant sur l'individu est la norme définie comme ce qui est normal chez une personne et ensuite, de comparer chaque individu à cette norme établie. Selon la vision holistique et humaniste de "Four Winds", les outils d'analyse et de mesure doivent émerger d'un fondement philosophique qui interrelie les aspects physique, intellectuel, affectif et spirituel chez un individu.
>
> les évaluations visent généralement un seul aspect d'un système — notamment, le traitement de l'étudiant ou du client. Si cette personne ne satisfait pas à une certaine norme, l'accent est alors mis sur les mesures correctives. Ordinairement, le système lui-même, c.-à-d. le personnel, les ressources du programme, la philosophie du programme, etc. ne sont pas évalués ou mesurés de façon systématique.
>
> les activités correctives ou les mesures de redressement ne transforment pas le contexte ou l'environnement d'où proviennent les comportements, mais plutôt elles éloignent ces comportements de leur milieu habituel, et ensuite tentent de corriger ces comportements inadéquats. Cette approche va à l'encontre d'une approche holistique et communautaire au traitement.

Lors de la préparation de ce document, on a constaté que très peu de programmes autochtones de lutte contre l'abus des substances ont été formellement évalués, même si généralement, on reconnaît qu'il y a de bons programmes existants, signalant des réussites tant du côté du traitement de l'alcoolisme que de celui de la toxicomanie. L'évaluation est une activité qui requiert de la part des programmes un investissement mesurable en temps et en ressources, s'ajoutant au fardeau de la clientèle nombreuse et exigeante ainsi qu'à celui des listes d'attente. L'évaluation est une technique acquise par formation et, à cause de la nature sporadique de l'exercice, la plupart des organisations ont besoin d'expertise externe, occasionnant encore une fois l'utilisation de ressources déjà insuffisantes.

Le processus d'évaluation est bien établi dans les programmes de santé, et on n'en fera pas ici le résumé. Santé Canada a produit à l'intention des collectivités autochtones un cadre à suivre pour l'évaluation des programmes de santé.[51] On trouve dans la publication de Santé Canada comment se préparer pour une évaluation et comment mener un plan d'évaluation et comment effectuer l'analyse de l'évaluation. En outre, la documentation scientifique abonde d'information sur l'évaluation en général.

Dans ce document, on prendra en considération les indicateurs utilisés pour analyser l'efficacité des programmes, les types d'évaluation et les sources d'information utilisées en évaluation. Vous trouverez ensuite des modèles d'évaluation qui ont déjà servi à évaluer des programmes de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones.

Indicateurs d'efficacité des programmes d'abus des substances

En matière d'évaluation d'un programme de traitement, l'indicateur de règle pour mesurer l'efficacité a toujours été le taux de succès par rapport à l'atteinte de l'abstinence de boissons et de drogues à un moment donné après l'achèvement du programme par les individus. De façon conventionnelle, cet indicateur a été mesuré par le taux de rechute ou de récidive post-traitement chez les clients ayant terminé le programme ou le taux de longue durée de "clean/aucune drogue et sobre". Les méthodes utilisées pour mesurer le taux de rechute sont souvent sujettes à erreur, car les individus interrogés peuvent avoir des raisons de dissimuler un retour à leur alcoolisme ou à leur toxicomanie. En outre, plusieurs anciens clients peuvent être partis ou encore, non disponibles pour le suivi. Dans certaines évaluations, un grand nombre de clients à l'étape du suivi ne répondaient tout simplement pas aux questions traitant d'abstinence.

On a critiqué la mise en évidence du concept de "clean/aucune drogue et sobre" comme critère d'un résultat fructueux de certains programmes qui accordent de la valeur au fait qu'un individu réussisse à maîtriser la quantité et la fréquence de la consommation d'alcool ou de drogues et ce faisant, ne reconnaît pas comme telle la valeur des programmes qui contribuent à réduire les taux de consommation. Le taux de post-rechute n'est souvent pas comparable entre différents programmes, et cela, à cause des valeurs inhérentes à chaque programme. Par exemple, certains programmes ont quand même réussi à réduire le niveau de consommation auprès de personnes qualifiées de "décrocheuses" qui avaient volontairement quitté le programme ou dont le séjour avait été prématurément écourté par le personnel à cause de leur non-conformité aux règles du programme. Dans ce cas-là, les taux ont été mesurés en tenant compte de tous les participants au programme, non pas seulement de ceux qui l'avaient terminé.

Dans la documentation, il y a un certain nombre de facteurs qui sont ressortis d'études menées dans des conditions contrôlées et qui ont été corrélés par le succès ou l'échec du traitement.[52] On doit évaluer ces facteurs afin de comprendre et d'interpréter correctement les résultats d'un programme, à savoir si les objectifs du client et du programme ont été atteints, et de pouvoir aussi porter un jugement sur la comparabilité entre les populations des différents programmes. Dans l'énumération ci-après, le symbole (n) est utilisé pour désigner les résultats de recherche suggérant une corrélation négative avec le résultat positif d'un traitement. Ces facteurs énumérés ci-après sans termes d'accompagnement ont démontré de la variabilité parmi les études.

1. Facteurs hors du contrôle du programme (généralement les antécédents du client et l'environnement)

variables démographiques : âge, ethnie

antécédents relatifs à l'abus : âge décroissant du début (n), gravité (n), choix de la première

drogue prise
antécédents criminels (n)
antécédents psychiatriques
échec scolaire et décrochage (n)

2. *Facteurs relatifs au programme de traitement :* C'est maintenant généralement accepté que le traitement efficace d'alcoolisme et de toxicomanie, d'abus des substances, repose sur des thérapies sur mesure, adaptées aux besoins individuels des clients. C'est donc difficile d'évaluer l'efficacité de l'une ou de l'autre de ces thérapies, mais il faut plutôt évaluer le modèle ou la direction du programme à la place des stratégies de traitement. Cependant, des indicateurs plus normalisés comprennent :

la durée du traitement à demeure ou en résidence (p)
la durée du traitement externe (n)
les perceptions du client face à son traitement et ses attitudes envers le traitement
le nombre d'années d'expérience des conseillers avec le programme
le nombre de bénévoles en contact direct avec le client (p)
l'utilisation par les conseillers de l'approche pratique de résolution de problème (p)
la prestation de services spéciaux (récréatifs, professionnels, anticonceptionnels) (p)

3. *Facteurs post-traitement :*

état de besoin impératif de la drogue (n)
manque de participation à des activités productives (n)
manque de participation à des activités de loisir (n)

Cette information sur les corrélations entre les résultats et les autres facteurs a été tirée d'études qui n'étaient pas destinées directement aux populations autochtones. Une étude récente sur les résultats des clients effectuée par le Centre de traitement Round Lake, a examiné la relation entre les résultats des clients qui déclarent n'avoir pris aucune drogue et être sobre depuis 3 mois, 1 an et 2 ans et leurs caractéristiques relevées par une grande variété de facteurs démographiques et d'antécédents personnels.[53] Les caractéristiques démographiques des personnes qui ont terminé le programme (des clients finissants) et qui ont participé à l'étude s'énonçaient ainsi : sexe, âge, situation de famille, niveau d'instruction, et présence d'enfants. On inclut dans les caractéristiques de leur vécu, des types de traumatismes relatifs à des antécédents de vie, des types d'abus des substances et des expériences antérieures de traitement (antérieure à Round Lake). Le suivi à l'enquête ou l'enquête de rappel a analysé les paramètres de l'abstinence (au moment de l'enquête) tels que les relations familiales, la qualité de vie, et l'image de soi-même. On a établi à l'aide des données sur le client les rapports significatifs suivants :

L'étude a démontré que les facteurs ci-après étaient de façon significative liés au fait qu'un individu ne prenait aucune drogue et restait sobre pendant une certaine période ou plus d'une période de suivi au traitement (3 mois, 1 an et 2 ans) : *sexe* (féminin), *plus avancé en âge* (plus de 41 ans), *situation de famille* (marié ou conjoint de fait), *n'a pas été*

élevé par une famille d'accueil, pas d'antécédents d'agression sexuelle, pas d'antécédents de mauvais traitements physiques, n'a pas d'époux/épouse ou de famille ayant des antécédents de toxicomanie, et *pas d'antécédents d'arrestation.*

Les facteurs ci-après étaient de façon significative liés à des relations familiales améliorées lors d'une ou de plus d'une période de suivi : *vivre avec quelqu'un* (comparativement à vivre seul), *éducation postsecondaire, n'a jamais résidé dans les internats* (écoles résidentielles), *antécédents familiaux d'alcoolisme et traitement antérieur pour l'abus des substances* (toxicomanie/alcoolisme).

Quant au même type d'analyse portant sur la qualité de vie, les facteurs ci-après sont aussi significativement rattachés à ce qui a été observé pendant l'une ou plus d'une période de suivi : *a résidé dans un internat* et *des antécédents de mauvais traitements/sévices physiques.*

Pour ce qui est de la même analyse portant sur l'amélioration de l'image de soi, les facteurs ci-après sont liés significativement à l'une ou plus d'une période de suivi : *admission à l'emploi, a un passé judiciaire* et *époux/épouse avec des antécédents de toxicomanie.*

Les seuls facteurs prédictifs quant à l'achèvement du programme par l'individu consistaient en des facteurs liés à ses antécédents personnels (vécu) : antécédents de mauvais traitements physiques (plus disposé à terminer le programme), histoire d'agression commise contre leur partenaire (moins disposé à terminer le programme) et client ayant suivi antérieurement un traitement (plus disposé à terminer le programme). Il n'y a pas de facteurs démographiques relatifs au client qui montrent un rapport avec l'achèvement du programme.

Ce qui est intéressant, c'est qu'on n'a trouvé aucune relation entre la satisfaction du client et aucun des indicateurs de résultats, même si 90 % des clients se sont déclarés satisfaits de toutes les composantes du traitement. Il n'y avait aucune donnée d'information sur la satisfaction des clients n'ayant pas achevé le programme puisque le sondage sur la satisfaction est administré à la sortie. L'examen ou l'évaluation attribue le taux élevé de satisfaction à "l'auréole positive" dont est entouré le programme et aussi au fait que les clients peuvent ne pas être complètement honnêtes au sujet des aspects du programme qu'ils évaluent les plus réussis ou efficaces. De plus, les répondants peuvent avoir pensé que ce programme représentait la seule option disponible pour eux et que, par conséquent, ils devaient tout faire pour parvenir à en tirer profit.

Le Service correctionnel du Canada a détaillé les caractéristiques des programmes efficaces de traitement d'abus des substances dans les établissements correctionnels.[54] Ce sont :

Traitement à multiples facettes : Le traitement ne repose pas sur une simple méthode,

mais il dépend d'un large éventail de modalités/approches différentes de traitement et il utilise un grand nombre de techniques spécifiques.

Intensité : Les services devraient être d'une durée suffisante et assez intensifs pour s'assurer de l'acquisition de compétences et pour que le changement puisse s'opérer.

Intégrité : La prestation du programme doit être conforme aux principes de base établis par le programme.

Compétence du personnel : L'efficacité du programme sera largement assurée par un personnel qualifié, compétent, qui doit susciter la collaboration des clients en explorant leurs capacités, leurs habiletés et maintenir leur intérêt à poursuivre les activités de formation.

Personnel bien formé : Le personnel doit avoir les capacités requises pour enseigner les connaissances ou les compétences pratiques que le programme vise à transmettre aux clients.

Milieu favorable : incluant le personnel ainsi que le milieu physique lui-même.

Saine gestion : Les programmes doivent être bien gérés sur le plan de l'intensité du programme et du contrôle de la qualité.

Fondé sur un processus cognitif : Le programme et ses exigences visent à changer les attitudes de ses clients, et ce faisant, va influer sur leur comportement.

Choix adéquat des participants au programme : Les programmes devraient définir, dans les méthodes et les approches qu'ils adoptent, le type de clientèle le mieux adapté à ce programme (c.-à-d. la population cible), et à quelles conditions.

Évaluation appropriée : Les moyens d'évaluation du programme et des participants (pré- et post-programme) devraient faire partie intégrante des programmes, de telle sorte qu'on puisse identifier, au besoin, ce qui doit être changé, modifié ou élaboré/mis en oeuvre. Par le processus d'évaluation, on doit être capable de déterminer si le programme a été fructueux et pour qui.

Types d'évaluation

L'évaluation devrait être une activité continue au sein d'une organisation, faisant le lien entre la planification et les aspects du fonctionnement du programme. Toutefois, l'évaluation dépend des objectifs fixés, permettant ainsi de vérifier si, effectivement, les résultats escomptés ont été atteints. Il y a trois principaux types d'évaluation :

Évaluation des besoins : On mène cette évaluation à l'étape de la planification du programme, et elle doit correspondre aux besoins de la communauté et aux objectifs qu'elle s'est fixés.

Évaluation des processus : Comme synonymes de ce type d'évaluation, on trouve "examen opérationnel" et "évaluation formative". Même si c'est le type le plus commun d'évaluation puisqu'on considère le fonctionnement du programme, elle est souvent mal exécutée ou bien réalisée superficiellement. On ignore un aspect essentiel du succès d'un programme — ses répercussions ou ses résultats. La valeur de ce type d'évaluation repose sur le but visé, soit sur l'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de la rentabilité du fonctionnement du programme.

Les évaluations des processus décrivent jusqu'à quel point le programme se déroule tel qu'il avait été planifié et de plus, elles permettent d'identifier les problèmes d'implantation pour pouvoir ensuite améliorer la prestation future du programme, d'examiner la séquence ou l'ordre logique et l'applicabilité des composantes du programme, d'examiner l'efficacité de son fonctionnement dans le domaine ainsi que de décrire les opinions subjectives et les expériences des membres du personnel et celles des participants au programme (c.-à-d. la rétroaction du client).[55]

Évaluation des répercussions : Ce type d'évaluation mesure l'impact du programme sur la population cible, et donc, cette évaluation se fait habituellement après que le programme ait fonctionné pendant un certain temps. Afin de mesurer efficacement les répercussions d'un programme, on doit s'adresser à la collectivité et aux personnes ayant reçu des services ainsi qu'aux membres du personnel du programme.

Dans une évaluation des répercussions, il y a trois aspects différents de l'efficacité qui peuvent être mesurés : [56]

Répercussions intermédiaires : Est-ce que le programme a changé les attitudes et les comportements, ce qui est primordial dans la réduction de l'abus des substances (résorption de l'alcoolisme et de la toxicomanie)?

Répercussions finales : Est-ce que le programme a réellement réduit l'abus des substances? Quel en a été l'impact (ou les effets) sur la collectivité?

Efficacité différentielle : Est-ce que le programme a été plus efficace pour certains clients qu'il ne l'a été pour d'autres?

Sources d'information pour l'évaluation

Pour l'évaluation d'un programme d'abus des substances, les données quantitatives et les données qualitatives sont importantes. Les données quantitatives vont fournir des preuves solides se rapportant aux répercussions d'un programme telles que la diminution des taux d'abus des substances et elle fournit aussi le relevé des améliorations apportées au comportement de l'individu et à son bien-être général. L'évaluation d'un programme dans son entier requiert aussi la collecte

de données qualitatives pour obtenir de l'information provenant d'une variété de sources, incluant les clients, les membres du personnel et la collectivité.

1. Les données des clients

Pour avoir une bonne vue d'ensemble et effectuer une évaluation complète d'un programme, un système d'information est un outil essentiel. Il s'agit de s'efforcer systématiquement d'accumuler de l'information quantitative pour aider le déroulement des activités courantes ainsi que pour établir une bonne base pour leur évaluation. Le système d'information peut recueillir des données démographiques, des renseignements sur les antécédents personnels (le vécu) et sur l'abus des substances des clients qui sont admis au programme, données dont on peut se servir à une phase ultérieure pour interpréter les taux relatifs aux finissants, les taux relatifs aux répercussions/aux effets etc. afin d'en dégager des conclusions ou des tendances. Le Système de rapport sur les activités de traitement (SRAT) du programme PNLAADA est un exemple de source d'information qui fournit de l'information importante sur les clients sur le plan démographique, incluant les antécédents, le type d'abus des substances et sa gravité. Les données du SRAT recueille aussi de l'information qui permettra l'analyse de la rentabilité proportionnelle et des résultats ou du rendement des programmes pour les patients à demeure ou en résidence selon les régions ainsi que des résultats des différents programmes : utilisation des jours-lits, séjours écourtés, récidive, et coût moyen par lit utilisé.

Les outils/instruments standardisés d'évaluation permettent d'effectuer une évaluation quantitative des progrès de la clientèle durant le traitement. Ils sont souvent propres à différentes spécialités de la santé c'est-à-dire la psychiatrie et la psychologie. On peut les utiliser à des fins d'évaluation de programme si un examen des renvois ou des sorties est fait en plus de celui des entrées ou des admissions au programme.

Afin d'évaluer efficacement le traitement dans un processus de soins de longue durée, les systèmes d'information doivent aussi inclure des données sur les services communautaires, les services de consultation externe et le post-traitement ou suivi. Cette évaluation va exiger un système d'information intégré ou sans discontinuation et auquel on peut accéder par l'intermédiaire de fournisseurs variés de services de santé au fur et à mesure que les clients évoluent au cours du processus de traitement.

2. Information organisationnelle

Comme fournisseur ou prestataire de service, le programme lui-même constitue un important dépositaire d'information pour l'évaluation. Une évaluation devrait inclure la mission, les buts et les objectifs du programme, les systèmes de gestion, les normes de la prestation de service, les qualifications du personnel, le moral du personnel, le milieu ou l'environnement, les procédures et les politiques du programme, la satisfaction du client et du personnel envers le programme, les

coûts du programme (par participant ou pour d'autres mesures) ainsi que des observations au sujet du déroulement actuel du programme.

3. Information communautaire

Quoique généralement essentielle dans l'évaluation des besoins antérieurs à l'établissement d'un programme, la participation communautaire au traitement et à la prévention de la consommation abusive d'alcool et de drogues chez les autochtones est fondamentale et par conséquent, elle signifie que les sondages communautaires et les forums devraient faire partie intégrante du processus d'évaluation du programme de lutte contre l'abus des substances. Certaines évaluations des programmes autochtones font référence aux idées/à la vision des membres de la communauté mais comme la méthodologie est rarement expliquée, il est difficile de déterminer à quel point cette consultation a été assez englobante. En général, la perspective communautaire est importante pour mesurer la valeur du programme, la préoccupation de la communauté au sujet de la problématique de la consommation abusive des substances, les répercussions que le programme a eues sur la communauté, le niveau de participation individuelle des membres de la communauté, ainsi que les suggestions concernant ce qui doit être amélioré pour mieux répondre aux besoins communautaires. On peut obtenir ces informations au moyen de sondages ou des forums communautaires. On peut aussi organiser des entrevues des informateurs-clés, entrevues tenues auprès de personnes de la communauté ayant été en relation directe avec le programme et connaissant bien la communauté en général.

4. Les groupes témoins

Les groupes témoins sont généralement définis comme étant un procédé par lequel on demande à 8-12 individus de discuter d'un sujet particulier d'intérêt sous la direction d'un facilitateur. Le facilitateur dirige la conversation afin de s'assurer que les objectifs de cette activité dans le cadre de l'évaluation ont été respectés. Les données primaires recueillies auprès des groupes témoins proviennent de la transcription de cette discussion du groupe. Les groupes témoins peuvent contribuer au processus d'évaluation en (1) donnant de l'information relative au contexte général d'un programme, (2) diagnostiquant les aspects problématiques du programme, (3) collectant de l'information au sujet des impressions de la clientèle sur le programme. Les groupes témoins peuvent être composés des bénéficiaires du programme (incluant les participants au programme, leur famille, les membres du conseil d'administration etc.). En soulevant dans les groupes témoins des questions qui sont importantes ou pertinentes pour les clients, les participants peuvent se sentir habilités en autant que les résultats des discussions de ces groupes témoins sont partagés avec les personnes concernées et que les idées sont adoptées. La recherche a mis de l'avant le recours aux groupes témoins dans la réadaptation physique[57], mais leur utilisation dans le domaine de la réadaptation mentale, telle que la lutte contre l'abus des substances, n'a pas encore été évaluée.

L'équipe de l'évaluation

Le choix des évaluateurs est souvent une tâche difficile car, même si on reconnaît que le recours à un observateur de l'extérieur, à un point de vue externe, apporte de l'impartialité au processus, cette personne devrait posséder les mêmes valeurs que la collectivité et le programme qui sont évalués, ou en tout dernier ressort, ne devrait pas imposer des valeurs étrangères au processus d'évaluation. Les examinateurs externes peuvent être des pairs venant d'un type de programme similaire ou des professionnels spécialisés dans la prestation de services d'évaluation. Cependant, des évaluations formelles menées par des examinateurs de l'extérieur n'écartent pas la possibilité d'examens continus des différentes activités du programme uniquement effectués par le personnel et la communauté. Cette méthode de procéder de façon continue à l'examen de la qualité d'un programme par les membres du personnel devrait être complémentaire à un processus d'évaluation effectué de l'extérieur et elle devrait représenter un des paramètres de cette évaluation.

Modèles d'évaluation

1. Modèle naturaliste

L'Institut Nechi/Nechi Institute a mené une évaluation en 1987 qui s'est basée sur le modèle naturaliste et qui a procédé en quatre étapes : (1) sensibilisation, (2) identification des besoins, (3) acquisition des connaissances et des compétences pratiques et (4) intégration.[58]

Sensibilisation : On a fait appel aux participants du programme et aux membres de la communauté pour être aussi bien les collaborateurs que les principaux évaluateurs. Ainsi la composante de l'apprentissage et de la formation du processus d'évaluation en a été facilité, tout comme les discussions, les négociations et la médiation en cours de processus. L'élaboration d'un document sur l'évaluation a vraiment favorisé la sensibilisation du conseil d'administration. De même, l'équipe des évaluateurs s'est rendue visible dans la communauté des Premières nations. Pour le choix des évaluateurs, on avait établi comme essentielles la transparence, l'orientation inspirée par des valeurs, les compétences et la crédibilité.

Identification des besoins : Le processus d'évaluation a été intériorisé comme un moyen utile d'apporter des changements positifs et il a été intégré à l'ensemble du fonctionnement interne (évaluation des ateliers et des programmes d'études, évaluation du personnel). En s'initiant à l'évaluation, on est venu à considérer ce processus d'évaluation comme étant l'agent/la cause première pouvant faciliter le développement, la mise en valeur et la mise au point du programme.

Connaissances et compétences en matière d'évaluation : Au cours du processus, Nechi est devenu plus expérimenté et plus qualifié en matière d'évaluation. Les rapports entre les évaluateurs et les participants étaient des rapports d'enseignement-apprentissage mutuel tout au long du processus de négociation et de discussion.

Intégration de l'évaluation : Le processus d'évaluation est conçu comme partie intégrante de la structure institutionnelle, partie du plan stratégique, du rapport annuel, aussi bien que du fonctionnement en faisant partie de l'examen des activités et de l'évaluation du personnel. On a conservé ce besoin d'avoir un point de vue de l'extérieur et on l'a intégré à l'équipe de l'évaluation formelle. On a choisi pour faire partie de l'équipe d'évaluation, un évaluateur autochtone sensibilisé aux rapports du programme avec la collectivité plus élargie des Premières nations, un évaluateur ayant déjà effectué précédemment un examen et qui pouvait certainement relever les changements et les progrès, un évaluateur nouvellement introduit au programme et qui pouvait donc avoir une perspective plus objective, et le gestionnaire du programme comme agent de changement qui pouvait motiver les membres de l'organisation à accepter les résultats et la recommandation.

À propos de l'évaluation effectuée par Nechi, une approche fructueuse a été mise de l'avant en commençant l'évaluation sans aucun système d'évaluation préconçu pour influencer les perceptions. Comme dans le cas des comportements et des attitudes, les systèmes et les modèles qui ont émergé du processus d'observation ont été discutés avec le personnel et les membres de l'administration qui, par la suite, se sont entendus sur les observations et les recommandations. Par cette pratique, le personnel s'est senti habilité et il s'est davantage approprié le processus.

L'Institut Nechi a mené deux évaluations naturalistes, et l'Institut a trouvé que la première évaluation avait été importante en permettant d'établir de bons rapports professionnels au sein même de Nechi et de développer une meilleure compréhension des valeurs qui sous-tendent les comportements des gens. Cette expérience a permis à la seconde évaluation d'être encore plus précieuse. L'organisation a aussi trouvé qu'en distribuant le processus d'évaluation sur une période de plusieurs mois au lieu de tabler uniquement sur une visite intensive mais de courte durée, des rapports de confiance s'établissaient, facteur clé de la réussite du processus.

2. Meilleur modèle conseillé

En 1989, le "meilleur modèle conseillé" a été le type d'évaluation choisi pour l'évaluation ou l'examen du PNLAADA. Le "meilleur modèle conseillé" signifiait ce qui, idéalement, devrait être fait dans les domaines de la formation, de la prévention et du traitement. L'élaboration de ce modèle s'est faite à partir des travaux précédents dans ce domaine, comme c'était le cas de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie qui a entrepris cet examen du PNLAADA en se basant sur ses propres travaux de recherche et aussi sur des études dans le domaine pour concevoir ce nouveau modèle. Une fois que les modèles (regroupant la prévention, le traitement et la formation) ont été conçus, la Fondation les a utilisés comme outils de comparaison pour évaluer de quelle façon les projets sélectionnés du PNLAADA avaient été planifiés et comment la prestation des services a été effectuée. Tout comme le processus de cette évaluation s'est basé sur le "meilleur modèle conseillé", on s'en est servi pour faire les études de cas des 37 projets

sélectionnés du PNLAADA. Cette seconde approche dépendait de l'information recueillie auprès du personnel, de l'examen des dossiers des cas, et des consultations auprès d'autres intervenants.

Cette approche à l'évaluation a été sujette à des contraintes financières et donc, l'évaluation a été limitée, c'est-à-dire qu'on n'a pas entrepris de recherche indépendante pour mesurer nationalement le taux de réussite des programmes destinés à la réduction de la consommation abusive d'alcool et de drogues. On n'a pas évalué tous les programmes, mais seulement 37 programmes dans trois provinces ont été choisis pour l'examen. Les examinateurs ont estimé que, sans une perspective nationale se dégageant d'une évaluation complète de tous les programmes, la capacité du PNLAADA de diminuer l'incidence et la prévalence d'abus des substances ne pouvait pas être adéquatement traitée. Les examinateurs ont aussi reconnu les limitations suivantes par rapport au type ou au modèle de recherche choisi :

> c'était difficile de faire des recommandations générales au sujet d'un programme national à partir du choix, pour l'examen, fait dans trois provinces.
> l'évaluation consistait en un instantané dans le temps, et donc, elle ne pouvait pas bien saisir les effets des changements et l'évolution au cours de toute une période de temps, un cycle de vie, du programme.
> les répondants étaient préoccupés des répercussions possibles d'un examen sur le financement du programme et donc, ils pouvaient être peu disposés à transmettre des informations négatives.
> lors de l'évaluation, on n'a pas interviewé les clients des programmes pour obtenir une meilleure compréhension des bienfaits, des effets positifs, des programmes sur les individus.
> la sélection des programmes évalués n'avait pas été faite au hasard, et on n'offrait donc pas aux travailleurs les mêmes possibilités d'être interviewés. Comme l'équipe d'évaluation n'avait pas participé au choix du processus, certaines limitations en ont découlé, notamment la validité de leurs conclusions.
> le questionnaire du sondage n'avait pas été conçu adéquatement, étant donné que plusieurs termes utilisés étaient inconnus des travailleurs "sur le terrain" qui ont été interrogés.

Dans son ensemble, cette évaluation a davantage été axée sur le processus, n'ayant consacré que peu d'attention aux répercussions et aux résultats réels du programme. L'accent a été mis sur des données statistiques concernant les employés (nombre de personnes à l'emploi, nombre d'heures de travail, d'heures consacrées aux activités du programme), sur la conformité du programme avec l'entente de contribution et sur le parallélisme du processus avec la méthode du « meilleur modèle conseillé ».

Les critères suivants ont été évalués dans le cas du programme de prévention :

> politique communautaire.
> plan d'action pour l'ensemble.
> les activités de formation et d'orientation relatives à la programmation destinée aux chefs de bande, au personnel des conseils de bande et à celui d'autres services sociaux et aux

bénévoles de la communauté qui devaient être mises en place.
l'existence de mesures/activités préventives intégrées.
le processus d'examen des activités préventives antérieures à l'implantation du programme.

Les critères ci-après ont été évalués dans le cas du programme de traitement :

services de désintoxication facilement accessibles.
traitement facilement accessible et au moment opportun, évaluation de l'ensemble de la personne, et un bon système d'aiguillage (de renvoi) impliquant la participation du client.
possibilité d'un certain nombre de méthodes de traitement afin de répondre aux besoins individuels du client.
existence des services de gestion des cas, si approprié.
composante de postcure/post-traitement.
système général de tenue de dossiers.

3. Analyse des résultats

L'analyse des résultats est une méthode quantitative qui met l'accent sur les données statistiques se rapportant au rendement du programme. C'est souvent utilisé comme méthode de comparaison entre des programmes variés qui offrent le même service. Un exemple récent de ce type d'analyse centré sur les résultats, c'est l'analyse qui a été menée sur les centres de lutte contre l'abus des solvants du Programme de santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. En réponse aux besoins de prévention et de traitement relatifs à l'abus des solvants chez les populations des Premières nations et des Inuits, Santé Canada a créé un programme de financement en 1995 destiné à l'établissement de six programmes provisoires de traitement interne intégrés aux programmes existants de lutte contre l'abus des solvants à travers le Canada. Ces programmes avaient été identifiés comme étant provisoires, puisqu'on avait annoncé le financement nécessaire à la création de six centres permanents de lutte contre l'abus des solvants. Ces centres ont des approches variées de traitement, et ils ne sont pas tous gérés par des communautés des Premières nations, même si tous ces centres reçoivent un nombre élevé de clients autochtones ou inuits. Les programmes offerts sont variés, allant du programme culturellement adapté, installé dans un camp dans les bois, à des programmes de lutte contre les solvants intégrés à des centres de traitement existants de lutte contre l'abus des substances (alcoolisme et toxicomanie) qui peuvent fonctionner selon le modèle médical, utilisant une philosophie en 12 étapes, incorporant les enseignements du Cercle d'influences (Medicine Wheel) ou incluant des composantes du modèle comportemental. Le programme mis en oeuvre dans un campement en forêt s'étendait sur 28 jours comme durée de séjour et les autres étaient soit de plus longue durée ou sans limite de durée.

En 1996, on a fait une évaluation des résultats du programme de traitement de ces centres.[59] On s'est basé sur des données quantitatives de clients précédents et dans le cas de plusieurs des paramètres, les cinq centres participants ont été évalués ensemble et cela, en dépit des différences considérables entre certaines caractéristiques spécifiques à chaque centre, caractéristiques incluses dans leur rapport d'évaluation (c.-à-d. âge moyen du client variant de 16 à 25 ans, durée moyenne de séjour variant de 25 à 284 jours). En plus, les programmes avaient des différences quant à leur politique relative aux infractions à la règle (incluant l'usage de substances) et donc, avaient

différentes politiques concernant le renvoi du client.

On a déterminé comme principale lacune de la méthodologie d'évaluation, la méthode de collecte de données auprès des personnes qui avaient été clientes des centres. Les clients ont été interviewés par le personnel du programme qui, en vertu de leurs rapports professionnels avec les clients, ont pu influencer la véracité de leurs réponses. De plus, les gestionnaires de programme ont identifié eux-mêmes qui serait la meilleure personne à contacter - le client ou un important membre du personnel. Si la personne responsable ne pouvait pas être contactée, on se servait alors des notes des dossiers pour remplir les questionnaires de collecte de données d'information relatives à la clientèle.

En dépit de ces limitations, les données des programmes ont été soumises, présumément à cause du nombre peu important de clients dans certains de ces programmes. Cependant, des données ont été fournies sur le pourcentage de personnes qui se sont abstenues de tout solvant après le traitement dispensé par le programme. Les taux variaient entre 40 % et 60 % - une différence de presque 50 % - même si les examinateurs n'ont pas considéré le résultat de 60 % vu que l'échantillon n'était pas assez élevé (15 clients). Ils ont affirmé que le type de traitement suivi n'avait pas semblé avoir fait beaucoup de différence quant au nombre de personnes s'étant abstenues de solvants après le traitement, et ce, en se basant sur les taux des autres programmes qui variaient de 40,9 % à 46,2 %.

L'étude a conclu que les personnes qui avaient suivi le programme au complet avaient un taux considérablement plus élevé d'abstinence après le traitement que celles qui ne l'avaient pas fini. Et encore plus intéressant, les programmes ayant la durée de séjour la plus longue (284 jours) et la plus courte (25 jours) avaient respectivement les meilleurs taux d'abstinence (60 % et 46,2 %), ce qui suggérerait que la réussite des programmes ne dépend absolument pas de la période de temps passée en traitement.[60]

4. Évaluation communautaire

Les opinions et les idées de la communauté sont importantes pour déterminer l'efficacité et la valeur d'un programme dans sa façon de répondre aux besoins communautaires. Le sondage de 1993 du Comité consultatif régional du PNLAADA de la Saskatchewan a donné un exemple de la participation de la communauté au processus d'évaluation.[61] On a demandé aux membres de la communauté à qui ils s'adresseraient s'ils avaient un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie, et aussi, à qui ils s'étaient adressés quand, en fait, ils avaient souffert d'alcoolisme. Auprès des participants qui avaient résidé aux centres de traitement, on a voulu connaître leurs opinions sur les installations, sur leur programme, le personnel et les conditions matérielles. Quant à la réussite du traitement, on a considéré les deux indicateurs utilisés, soit l'achèvement du programme de traitement et les changements du comportement envers la consommation d'alcool après le traitement.

Dans beaucoup de programmes de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones qui ont été étudiés pour cette recherche documentaire, la composante de l'évaluation communautaire/évaluation par la communauté n'est pas incluse dans l'examen, ou encore la méthode pour obtenir la participation communautaire n'a pas été décrite.

5. Agrément

Dans les établissements canadiens de soins de santé, l'agrément est largement utilisé pour mesurer la qualité de la prestation des services. C'est une méthode centrée sur la clientèle au moyen duquel les installations sont évaluées selon les normes de la prestation des soins et des services. Habituellement, avec la méthode de l'agrément, on a recours à des évaluateurs de l'extérieur qui viennent interviewer des personnes de tous les échelons de l'administration et du personnel, ainsi que des clients et les membres de la famille des clients. L'équipe de l'Examen va aussi évaluer les programmes dispensés par l'établissement en les comparant aux normes nationales, et elle examinera les données statistiques et toutes les autres données pertinentes du programme. La méthode de l'agrément ne remplace pas les activités d'évaluation continue dans les établissements (évaluation par les pairs, assurance de la qualité, évaluation de l'utilisation des données statistiques etc.) et elle permet d'effectuer un examen d'envergure de toutes les activités par rapport à la mission de l'organisation et à leur conformité/correspondance aux besoins de la communauté et de la clientèle.

En 1992, le programme du PNLAADA a conçu des normes pour le programme national de traitement, et comme accompagnement, un cadre sur la méthode d'agrément destiné aux centres de traitement. La méthode d'agrément a été définie comme un système conçu pour améliorer la qualité des programmes financés de traitement interne de la toxicomanie du PNLAADA au moyen d'une méthode d'évaluation des services, des ressources de gestion, de l'organisation et du fonctionnement par rapport à des normes et à des critères nationaux.[62] À date, cette méthode de l'agrément n'a pas encore été implantée.

III. MODÈLES THÉORIQUES DE TRAITEMENT D'ABUS DES SUBSTANCES

Le traitement efficace des clients souffrant de toxicomanie et faisant un usage abusif des substances est fondé sur toute une gamme de soins ou sur des soins continus et de longue durée qui comprennent aussi des stratégies d'intervention précoce, un système d'accès qui garantit aux clients de recevoir des soins intensifs appropriés, des services de traitement, et un système de soutien et de suivi qui prévient contre la récidive ou la rechute. Le taux élevé de rechute et de récidive de la clientèle des Premières nations dans toute une variété de modalités de traitement d'abus des substances a été attribué au manque de suivi et de services postcures. Dans ce contexte, les services postcures ou le post-traitement ne signifient pas seulement le soutien accordé au client traité, mais aussi à la réceptivité de la famille et de la communauté envers ce membre qui retourne dans son milieu communautaire. Les clients qui réintègrent un environnement où on fait un usage abusif des substances ont vraisemblablement plus de difficultés à se contrôler, à rester sobre ou sans drogue, surtout s'ils ne reçoivent pas le soutien continuel du programme de traitement.[63]

Le domaine spécialisé de la prévention et du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie s'appuie sur plusieurs théories ou sur des hypothèses d'où émergent des approches variées à la prestation de services. Voici les modèles les plus communs :[64]

Le modèle médical ou de la maladie

Le modèle qui considère l'usage abusif des substances comme une maladie a été créé par le mouvement des alcooliques anonymes dans les années 1930. En 1956, l'Association médicale américaine reconnaissait officiellement l'alcoolisme comme une maladie exigeant un traitement médical. En tant que maladie, l'alcoolisme a des symptômes qui peuvent être aigus, chroniques ou évolutifs. On n'inclut pas de cure pour l'alcoolisme dans ce modèle, mais par contre, on met l'accent sur l'abstinence. Ce modèle insiste sur le fait que l'alcoolisme étant une maladie, une personne ne devrait pas être tenue responsable de sa dépendance de l'alcool. Même si ces croyances ont contribué à faire disparaître cette stigmatisation au sujet des toxicomanes comme des personnes faibles de caractère, certains ont critiqué le modèle de la maladie parce qu'il ne met pas de l'avant ce sentiment de responsabilité personnelle nécessaire aux individus en phase de rétablissement. Donc, dans les situations graves telle qu'une rechute, une personne peut se sentir impuissante si elle associe son problème d'alcool à un symptôme de maladie qu'elle ne peut donc pas contrôler.[65]

Le modèle génétique

On fonde la prédisposition à la toxicomanie sur la génétique. Ce modèle est similaire à celui de la maladie en ce sens que l'abstinence est le seul traitement fructueux.

Le modèle psychologique ou psychiatrique

Un problème psychologique profond sous-jacent est à l'origine de l'alcoolisme. En supprimant ce problème, l'individu peut donc arriver à diminuer sa consommation abusive d'alcool et se rétablir.

Le modèle comportemental ou d'apprentissage social/de socialisation

Ce modèle basé sur la recherche scientifique soutient que l'alcoolisme ou d'autres toxicomanies sont des comportements appris puisque les gens apprennent que l'alcool a un certain nombre d'effets multiplicateurs tels que de diminuer l'anxiété, d'augmenter la sociabilité, de diminuer la timidité et d'augmenter chez quelqu'un le sentiment de son propre pouvoir personnel. La composante du traitement de ce modèle repose sur la maîtrise de ce comportement abusif et sur la modération en ce qui a trait à l'usage des substances.

Le modèle moral ou religieux

Ce modèle met de l'avant la croyance que la toxicomanie résulte de la faiblesse morale ou d'un manque de volonté. Il s'appuie sur l'approche religieuse punitive, qualifiant la toxicomanie d'acte mauvais, répréhensible, et la conviction que le toxicomane ne peut être traité qu'en recourant à la religion et qu'en étant sauvé par elle.

Le modèle spirituel/culturel autochtone

Le modèle culturel autochtone est une forme de modèle sociologique, qui est fondé sur la croyance que les facteurs sociaux et culturels agissent en tant que déterminants de la toxicomanie chez les membres de la société. Il s'agit là d'un modèle assez différent des modèles décrits ci-haut qui étaient plutôt centrés sur la moralité, la psychologie et la physiologie comme déterminants principaux des problèmes de toxicomanie. Dans le contexte autochtone, ce modèle soutient que les personnes autochtones ou amérindiennes se mettent à faire un usage abusif des substances à cause de la perte de leur culture et de leur traditions. Ces dernières doivent leur être restituées avant de pouvoir résoudre les problèmes de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Voici une adaptation du modèle sociologique :

Le modèle de congruence culturelle

La base théorique et philosophique sous-jacente au mouvement qui a donné naissance aux activités de prévention et de traitement de l'abus des substances culturellement appropriées et intégrées va au-delà de la portée de ce rapport. De nombreux programmes de traitement actuellement en marche intègrent des composantes culturellement spécifiques dans les services offerts, ou dans la prestation de l'ensemble de leur programme au moyen de thérapies autochtones. Le modèle de congruence culturelle fournit un cadre théorique pour les soins de santé mentale dans une grande variété de contextes culturels.[66] On le définit en termes culturels neutres - à savoir que ce modèle peut être adapté à n'importe laquelle culture ou ethnie. Dans ce modèle, une culture est envisagée comme un système fonctionnant de façon organique où les soins de santé sont naturellement et harmonieusement intégrés. Les services culturellement spécifiques ont la priorité sur les services

offerts à la grande majorité des gens et tous les éléments de ce service doivent provenir de l'ensemble du contexte culturel et y être harmonieusement intégrés.

L'identité culturelle n'est pas seulement intégrée aux activités de traitement, mais le contexte culturel doit aussi être considéré dans les rapports client-thérapeute et on doit, s'il y a lieu, en discuter durant le traitement. À chaque fois qu'on s'aperçoit qu'il y a ambivalence, conflit ou dépréciation chez une personne ou un groupe culturel, on devrait fixer alors, comme but du traitement, la valorisation et la mise en valeur de l'identité culturelle. Ce modèle pousse l'idée du bi-culturalisme au moyen duquel la culture initiale est valorisée et activement maintenue en même temps qu'on parvient à s'intégrer avec facilité et aisance à la culture de la majorité et à s'y familiariser.

Quoique ce modèle ne déprécie pas les bienfaits du counselling, de la médication ou d'autres formes de traitement qui ne sont pas culturellement spécifiques, n'importe lequel aspect culturel du problème de la personne doit être traité d'une façon culturellement adaptée, de telle sorte que toutes autres formes de traitement puissent s'avérer fructueuses.

Dans la culture autochtone, le rôle d'"aidant" est défini différemment qu'il l'est dans la culture non-autochtone. On s'attend à ce que les "aidants" ou dispensateurs de soins proviennent du même système culturel, étant donné qu'ils seront acceptés par les personnes autochtones, non seulement à cause de leur formation ou de leur expérience, mais aussi à cause de leurs liens personnels avec la communauté. Cet aspect a d'importantes répercussions en ce qui a trait au rôle des travailleurs en santé mentale dans les communautés autochtones et aussi à leur crédibilité pour dispenser des services de santé mentale.

Beaucoup d'approches de traitement actuellement utilisées dans les programmes tant autochtones que non-autochtones combinent un certain nombre de modèles dans leur stratégie de soins. Une théorie moderne reconnaît qu'il n'y a pas d'approche simple au traitement applicable à tous les individus, mais qu'en ayant une bonne adéquation entre les besoins des individus et les possibilités du traitement, l'efficacité et l'efficience de ce traitement peuvent s'en trouver accrues.

De tous les modèles décrits précédemment, on utilise fréquemment le modèle médical/de maladie et celui comportemental/d'apprentissage social dans les programmes de traitement, et souvent, en les combinant. Ci-après, voici dans le tableau 1 leurs principales différences.

Tableau 1 : Comparaison entre les modèles d'apprentissage social et de maladie

SUJET	MODÈLE D'APPRENTISSAGE	MODÈLE DE MALADIE
Importance du contrôle	La personne est capable de se maîtriser	La personne est victime de forces hors de son contrôle
But du traitement	Choix d'objectifs/de buts : abstinence ou modération	Abstinence est le seul but. Un manquement est perçu comme un échec
Philosophie du traitement	Favorise le détachement de soi comme comportement Approche éducative	Assimile le soi ou sa personnalité avec son comportement Approche médicale/de la maladie
Procédures du traitement	Enseignement de comportements et de compétences pratiques Restructuration cognitive	Confrontation et transformation Groupe de soutien ou d'entraide Dogme cognitif
Approches générales à la toxicomanie	Recherche des similitudes parmi les comportements relatifs à la toxicomanie La toxicomanie est basée sur des habitudes de mésadaptation	Chaque toxicomanie est unique La toxicomanie est basée sur des processus physiologiques
Exemples	Thérapie cognitive - comportementale (traitement externe) Programme de maîtrise ou de contrôle de soi Limitation de la consommation d'alcool	Programmes de traitement par l'hospitalisation (traitement interne) Cure de dégoût (ou interdiction provoquée) AA et Synanon

De : Services correctionnels du Canada. 1992. *Creating an Informed Eclecticism: Understanding and Implementing Effective Programs: A Focus on Substance Abuse.* [trad. *Concevoir un éclectisme éclairé :*

Vision commune et mise en oeuvre de programmes efficaces : Accent sur la lutte contre l'abus des substances.] Ottawa.

Le modèle de suivi et de postcure

Une initiative récente du PNLAADA a été de mettre au point un modèle qui reconnaît l'importance de la postcure et du suivi dans un processus de soins continus de longue durée pour l'abus des substances. Ce modèle a été conçu après consultation avec les personnes des collectivités autochtones et la réalisation d'un examen complet de la documentation et des programmes sur les sujets relatifs au suivi et à la postcure. L'auteur de ce modèle l'a décrit comme étant "neutre" en ce sens qu'il n'est basé sur aucune des théories/modèles relatifs à la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie décrits ci-dessus. On considère qu'une bonne évaluation, un traitement et une postcure doivent être intégralement reliés et être dépendants l'un de l'autre pour réussir.

Dans ce modèle de postcure, on a identifié les trois stades suivants du post-traitement de rétablissement dans un processus continu de traitement/rétablissement :

> *stade précoce de la sobriété* : le centre d'intérêt du client est de ne pas consommer d'alcool et d'apprendre à ne pas consommer d'alcool.
> *stage intermédiaire de la sobriété* : le centre d'intérêt du client est sur la sobriété (arrêter de consommer de l'alcool et apprendre à rester sobre/à rester à jeun).
> *stage avancé de la sobriété* : une nouvelle phase de développement et de croissance personnelle pour le client où il n'est plus préoccupé par la sobriété. À ce stade-là, on éprouve en son for intérieur un sentiment grandissant de guérison et de rétablissement de sa santé ainsi qu'un sentiment d'équilibre dans sa vie.

On présente dans l'appendice I le processus continu de traitement et de rétablissement utilisé dans ce modèle de postcure. La phase de traitement comprend :

> une évaluation des effets de la consommation excessive d'alcool ou de l'alcoolisme.
> une phase pré-traitement où le client est préparé pour le processus de traitement et où il comprend ce qu'on attend de lui pour qu'il puisse tirer profit au maximum du processus.
> un traitement, soit interne (à demeure) ou externe, où le client reçoit de l'éducation sur l'alcoolisme et où il comprend que son seul recours, c'est l'abstinence. À ce moment-là, le client apprend à cesser de consommer de l'alcool.

La composante du rétablissement de ce modèle comprend :

> la stabilisation du post-traitement : c'est la continuation de la phase du traitement où on aide la personne qui s'est arrêtée de boire ou qui reste sobre à faire les modifications, les adaptations nécessaires dans sa vie.
> le suivi : s'étend tout au long de la phase de rétablissement et vise à obtenir de l'information sur les succès, sur les progrès et les problèmes afin d'aider la personne ainsi que le programme à mesurer le degré et l'importance du rétablissement.
> la postcure : le processus qui vise à fournir de façon continue de l'aide et du support à la

personne pour qu'elle puisse rester sobre.

la transformation : les personnes passent au-travers de nombreux et profonds changements dans leur vie pour arriver au point où elles se sentent à l'aise avec leur état de sobriété.

la croissance et le développement : c'est la phase finale qui ne peut être achevée par toutes les personnes, cette phase où les intérêts autres que celui de boire ou de consommer de l'alcool dominent dans leur vie. La préoccupation de rester sobre n'existe plus pour elles.

Le modèle de réduction des préjudices

C'est une approche relativement récente au traitement d'abus des substances. Comme le nom l'indique, on a mis l'accent dans cette intervention sur la réduction des préjudices, des dommages associés à la consommation de drogues, et non pas nécessairement sur la réduction des niveaux de consommation. On peut utiliser ce modèle dans un sens pratique pour aider tout d'abord les toxicomanes à consommer des drogues d'une façon plus sécuritaire, avant de tenter toute stratégie pour les faire cesser.

Les concepts clés dans la réduction de préjudices, correspondant à l'élaboration d'une politique dans ce domaine, ont été décrits comme suit :

L'abstinence n'est pas toujours le seul objectif de la politique à envisager.

L'interdiction et l'application des règlements de la loi, seules et sans plus d'efforts, peuvent générer certains types de dommages tant à l'individu qu'au niveau de la société.

On voit le toxicomane comme un membre de la société, et non pas comme un étranger, qui peut avoir besoin de traitement et d'autre type d'aide pour réintégrer sa communauté.

C'est le plus souvent une stratégie communautaire et, pour plus d'efficacité, on accorde autant ou sinon plus de responsabilité aux partenariats stratégiques qu'à des interventions formelles régulières.

On peut avoir besoin d'autres dispositions de la loi et d'autres moyens de les appliquer, mais ces mesures légales devraient être intégrées à la stratégie d'ensemble.[67]

Comme exemples de mesures axées sur la réduction de préjudices dans le cas de consommation de drogues ou de toxicomanie, il y a des programmes d'échange de seringues (pour empêcher la propagation de la maladie) et le traitement d'entretien à la méthadone. Dans le cas des alcooliques, une simple stratégie de réduction des préjudices, c'est d'ouvrir les magasins de vente d'alcool plus tôt pour empêcher les alcooliques de prendre des substituts à base d'alcool, comme le cirage à chaussures. On peut inclure, comme bienfaits des stratégies de réduction des préjudices, la déstigmatisation des toxicomanes et des alcooliques, des interventions médico-sociales de rue ou des services communautaires améliorés, la prévention du SIDA et une diminution des activités criminelles par les toxicomanes et les alcooliques.[68] En adoptant l'abstinence comme seule orientation, les dirigeants autochtones décideurs et les membres du personnel des programmes de traitement créent un obstacle majeur à la réduction des préjudices causés par l'alcool.

IV. PROGRAMMES DE PRÉVENTION

Pour un certain nombre de raisons, on a inclus les stratégies de prévention dans un processus de soins continus et de longue durée. Un traitement efficace de l'abus des substances est un processus long, complexe, avec des taux de rechute post-traitement, tel qu'indiqués dans la documentation, variant de 35 % à 85 %.[69] Ce processus peut s'avérer extrêmement coûteux, et même encore plus, si on doit aller suivre le traitement hors du pays à cause des services inadéquats soit au niveau local ou au niveau provincial. On pense qu'au Canada, le coût économique de l'abus des substances est énorme, mais il n'y a pas encore eu d'étude qui ait donné une estimation complète du total des coûts associés à la consommation et à l'abus de toutes les substances psychoactives au Canada. Les coûts liés à la consommation de l'alcool ont été plus souvent estimés. Étant donné les nombreux problèmes méthodologiques et conceptuels de cette estimation de coûts, on ne peut se fier à ces données et on doute de leur exactitude.[70]

Les gouvernements ont partout adopté des stratégies en matière de santé publique, conçues pour atteindre toute la population et portant sur un large éventail de facteurs déterminants de la santé. La prévention est un investissement qui englobe tous les déterminants de la santé, et pas uniquement la question des soins de santé. Dans cette approche, on cible, comme stratégies de prévention, non seulement l'utilisation de matériel éducatif qui donne de l'information sur les risques et les conséquences de l'abus des substances, mais aussi sur tout l'environnement qui prédispose un individu à consommer et éventuellement, à devenir alcoolique et toxicomane.

Les coûts représentent un aspect majeur quand on considère les services de soins de santé et la prévention a souvent été envisagée comme une approche rentable dans le cas de nombreux problèmes de santé. Cependant, les programmes de prévention ont été rarement évalués selon l'aspect de la rentabilité. On a le plus souvent fait l'examen des programmes éducatifs et on s'est concentré sur l'acquisition de connaissances immédiates et le changement d'attitude plutôt que sur le changement comportemental de longue durée.[71]

Types de programmes de prévention

Il y a plusieurs approches à la prévention de l'abus des substances, allant de la stratégie habituelle de l'éducation à des options psychosociales plus modernes, telles que le développement des compétences de résistance et le développement des compétences personnelles et sociales. On trouvera ci-après les stratégies suivantes, communément utilisées au Canada et aux États-Unis et décrites en détail dans *Substance Abuse in Children and Adolescents* [trad. *L'abus des substances chez les enfants et les adolescents*], S. Schinke, G. Botvin et M. Orlandi.[72] Ces stratégies sont brièvement résumées dans ce document et ces descriptions sont suivies de quelques observations sur les programmes de prévention spécifiquement adaptés aux autochtones.

Les renseignements éducatifs

Cette stratégie est basée sur l'idée que, lorsque les individus sont informés au sujet des conséquences dommageables de la consommation de l'alcool et des drogues, ils vont acquérir des attitudes anti-drogues et donc, ils seront capables de prendre des décisions éclairées et de ne pas prendre de drogues. Des campagnes publiques menées par des organismes de pression et par le gouvernement vont diffuser ces renseignements éducatifs et au niveau local, ils vont être transmis par l'entremise des écoles. On peut inclure dans ces programmes d'information des éléments alarmistes qui, visuellement, peuvent montrer les effets graves de l'abus des substances. De nombreuses études et examens sur les approches éducatives traditionnelles en matière de prévention de l'abus des substances ont montré que cette méthodologie est tout à fait inefficace. Il semble que la présentation d'information basée sur les faits va davantage permettre d'augmenter les connaissances et d'amener des changements d'attitudes concernant l'abus des substances, mais cela ne va pas réduire ou empêcher la consommation abusive de se produire. En fait, certaines études ont indiqué que le contraire de ce qui était prévu pouvait survenir, à savoir qu'une meilleure connaissance du sujet peut stimuler la curiosité des adolescents.

La recherche canadienne et américaine a révélé que, pour que des programmes éducatifs soient efficaces, ils doivent être liés à des changements importants des normes de la communauté, changements renforcés par l'ordre public et par des campagnes des médias ainsi que des campagnes organisées par les parents.[73]

L'éducation de l'affectivité et les solutions de rechange

Ces deux stratégies visent principalement les enfants et les adolescents. Elles sont complémentaires en ce sens que toutes les deux, elles tentent d'orienter les enfants vers les milieux sans drogues. Les programmes d'éducation de l'affectivité sont souvent offerts à l'école, et ils visent l'augmentation de l'estime de soi, la prise de décision judicieuse et la croissance interpersonnelle, en plus de l'acquisition de connaissances sur les faits les plus récents concernant l'alcool et l'éducation s'y rapportant. L'approche de solution de rechange est simple, c'est-à-dire de prévoir d'autres alternatives à la consommation de drogues, tels que des centres d'accueil ou des centres communautaires pour les jeunes et d'autres services récréatifs. Le danger de ces programmes, c'est que certains programmes de divertissement et d'éducation peuvent, en fait, augmenter l'abus des substances, présumément à cause de l'interaction de groupe dans ces milieux-là. Dans l'ensemble, les études sur l'évaluation de ces stratégies ont montré qu'elles n'avaient aucun impact sur la réduction des comportements liés à l'abus des substances.

Le développement des compétences de résistance

On a constaté qu'il était plus fructueux en prévention de l'abus des substances de développer des compétences de résistance en se concentrant sur les influences sociales qui modèlent les perceptions liées au comportement normal, acceptable et souhaitable. Ce développement donne aux étudiants les outils nécessaires pour reconnaître, bien gérer et éviter les situations où ils subissent des pressions pour prendre de l'alcool ou des drogues. Des jeux de rôles, des pairs

possédant du leadership comme animateurs, et de la sensibilisation aux messages véhiculés par les publicités sur les boissons alcoolisées sont des moyens utilisés dans ce processus éducatif. Ces interventions ont eu du succès en diminuant le pourcentage de fumeurs aussi bien que celui des consommateurs d'alcool et de marijuana.

Le développement des compétences personnelles et sociales

Le développement des compétences personnelles et sociales est étroitement lié à celui des compétences de résistance mais au lieu de suivre un contenu spécifique de programme, on offre à l'individu la possibilité d'acquérir un large éventail de compétences pour s'adapter à la vie. On trouve dans ces programmes des composantes typiques telles que le développement de la résolution de problèmes, des aptitudes cognitives en général pour pouvoir résister aux pressions de ses pairs ou à la publicité, des compétences pour augmenter la maîtrise de soi et l'estime de soi en général et de l'entregent (communications interpersonnelles).

On a constaté que cette approche préventive avait eu des effets importants sur le comportement, et ce, en réduisant les premières expériences de l'usage du tabac. Il n'y a aucune évidence que cette approche ait réduit le niveau de tabagisme.

Les approches communautaires

Il existe quelques exemples d'approches communautaires en prévention de la surconsommation de substances dans les milieux non-autochtones, sauf les mouvements ou organisations de parents, tels que MADD (Mothers Against Drunk Driving) [trad. Mères contre la conduite avec facultés affaiblies]. En général, les parents, les écoles et les organismes communautaires mettent de l'avant ces stratégies et celles-ci se concentrent sur des activités éducatives s'adressant directement aux jeunes, consistant en développement de compétences de résistance à la drogue et en formation à l'intention des professeurs, des parents et d'autres membres communautaires responsables de la mise en oeuvre du programme. Une initiative communautaire aux États-Unis -*Communities that Care* [trad. *Des communautés qui se préoccupent de résoudre le problème*] - est décrite ci-après.

Les stratégies d'intervention précoce

Des stratégies d'intervention précoce visent à identifier les personnes qui consomment de l'alcool et des drogues et sont susceptibles de faire précocement l'expérience de problèmes causés par la surconsommation. L'objectif est d'aider ces personnes avant qu'elles atteignent un stade chronique ou une accoutumance/une dépendance. En plus de l'identification par des spécialistes en soins de santé qui peuvent se servir de tests normalisés pour évaluer les individus à risque élevé, on trouve, comme stratégies d'intervention précoce, des programmes pour contrer la conduite en état d'ébriété ou avec facultés affaiblies, des programmes d'aide aux employés ou de mieux-être dans les milieux de travail. On a obtenu un certain succès avec ces stratégies d'intervention précoce, comme de réduire la surconsommation d'alcool ou de favoriser l'abstinence chez les conducteurs ayant un problème mais n'étant pas encore dépendants de l'alcool.[74]

Stratégies d'action préventive destinées aux autochtones

Les programmes visant spécifiquement la lutte contre l'abus des substances sont des mécanismes formels pour réduire l'ampleur du problème dans la société. Cependant, dans le contexte autochtone, il est important de reconnaître qu'un des meilleurs programmes de prévention doit viser l'amélioration des conditions socio-économiques désespérantes qu'affrontent la plupart des autochtones vivant sur réserve ou dans des localités rurales ou urbaines. On a établi le lien entre la situation socio-économique et l'abus des substances. Par exemple, la Commission de lutte contre l'alcool et les drogues de la Saskatchewan a démontré à l'aide des données de son examen effectué en 1991 que ses clients subissaient des taux de chômage plus élevés et des niveaux d'instruction plus bas comparativement à la population de la Saskatchewan.[75]

Des politiques de contrôle relatives à la consommation d'alcool, tels que les règlements gouvernementaux concernant l'âge minimum pour prendre de l'alcool et l'augmentation des prix peuvent aider à réduire les accidents mortels causés par l'état d'ébriété ou la consommation d'alcool. Toutefois, sur les réserves des Premières nations, les politiques de "réserve au régime sec, sans alcool" ont été généralement inefficaces. On attribue cet échec au fait que les Conseils de bande n'ont pas appuyé la mise à exécution ou l'application du règlement par une résolution de leur Conseil ou encore par un service communautaire de médiation/de police.[76]

Les programmes de prévention destinés aux autochtones ne sont pas très distincts des programmes de traitement. Cela reflète sans doute la situation actuelle et le caractère immédiat des besoins de traitement des toxicomanes et des alcooliques. Depuis que les programmes efficaces de lutte contre l'abus des substances semblent être intimement liés au soutien communautaire et à l'influence des dirigeants communautaires devenant des modèles de vie à suivre, il s'effectue un changement des normes sociales dans ces communautés, ce qui peut donc constituer une action préventive non mesurable mais importante.

Exemples de programmes de prévention

Dans les communautés autochtones, les stratégies de prévention sont le plus généralement financées par le programme PNLAADA. Le rôle primordial des travailleurs du PNLAADA dans les communautés est de faire de l'éducation en matière d'alcool et de drogues. Les évaluations précédentes ont critiqué les programmes de prévention du PNLAADA en les qualifiant d'inadéquats. Cela a été attribué au fait qu'on a axé les activités du personnel du PNLAADA sur le traitement, sur l'aide psychologique/la consultation et sur la postcure destinées aux personnes identifiées comme ayant un problème de surconsommation de substances.

1. Centre de traitement Round Lake

Stratégie d'intervention précoce

Le Centre de traitement Round Lake a été mis sur pied en 1994 comme projet-pilote portant sur une intervention communautaire de traitement externe de l'abus des solvants.[77] Quatre communautés ont participé à ce projet et elles ont reflété des perspectives variées de ce premier projet-pilote de trois mois. Seulement une des communautés a vraiment profité de toutes les ressources communautaires, et ses membres se sont sentis responsables du projet et habilités/capables de traiter l'abus des solvants et ils se sont réellement engagés dans le projet. Ces efforts ont été facilités par les rapports professionnels étroits entre les organismes communautaires, les aînés, les jeunes et leurs familles, et ils se sont orientés vers la réalisation de changements communautaires et d'actions communautaires permanentes.

Dans les trois autres communautés, on a bénéficié de cette concentration d'efforts axés sur la lutte à l'abus des solvants puisque les individus ont acquis de nouvelles compétences et que des engagements réels et visibles ont été pris pour aider la communauté à traiter ce problème de l'usage abusif des solvants. Les projets relatifs à cette intervention communautaire avaient déjà été commencés, les jeunes avaient été identifiés et ils avaient été orientés vers des programmes de traitement interne (à demeure) de l'abus des solvants à l'extérieur de la communauté. Il faut cependant ajouter que l'efficacité de ce projet-pilote a été limitée par le manque de sérieux et le manque d'engagement sur le plan du temps consacré au projet dans deux cas, alors que dans le troisième cas, il y avait un état de crise constant causé par le suicide chez les jeunes. Dans l'ensemble, une évaluation de ce projet-pilote a révélé 10 éléments clés essentiels à la mise en oeuvre de ce type de programme :

1. Une série de principes clairs, une planification et une stratégie.
2. Un engagement réel et visible du Chef et du Conseil exprimé en paroles et en actions.
3. Un travailleur compétent, qualifié, à plein temps comme agent de liaison communautaire.
4. Une équipe compétente de spécialistes avec une action concertée/force de cohésion.
5. Soutien d'aspect clinique et soutien dans la gestion du projet.
6. Disponibilité de ressources externes, particulièrement des ressources relatives au traitement des usagers de solvants et de leur famille.
7. Un échéancier réaliste pour le projet (jusqu'à un an).
8. Compétence en langue autochtone pour les membres spécialistes de l'équipe.
9. Un programme holistique communautaire de ressourcement (incluant la formation au travail d'équipe) pour les membres de l'équipe d'intervention communautaire, pour le Chef et le Conseil, la police, le personnel médical et d'autres spécialistes ou travailleurs de la santé.
10. Un front commun/une coalition des organismes internes et externes pour traiter en collaboration l'abus des solvants et d'autres problèmes de santé qui lui sont rattachés.

2. **Communities That Care** [trad. **Des communautés qui se préoccupent de résoudre le problème**]
Prévention communautaire

Les résultats et les constatations des recherches ont confirmé que les interventions communautaires globales sont les plus prometteuses des approches à la prévention de la consommation abusive de drogues chez les adolescents. La stratégie de *Communities That Care* visant à réduire la toxicomanie a été développée aux États-Unis et elle a été qualifiée d'intervention modèle lors d'une conférence réunissant les évaluateurs et les spécialistes en sciences sociales.[78] En adoptant cette stratégie, on utilise des méthodes de mobilisation communautaire pour diminuer les facteurs de risque et augmenter les facteurs de prévention (comme mesures de protection) de la toxicomanie. La mobilisation se fait en quatre étapes :

1. le recrutement et l'orientation des dirigeants clés de la communauté.
2. la création d'un comité consultatif communautaire.
3. l'évaluation des risques et des ressources par le comité communautaire afin d'identifier les facteurs de risque prioritaires.
4. la planification des actions préventives et leur mise en oeuvre dans des interventions familiales, scolaires et communautaires qui ont été conçues par la communauté et qui vont contribuer à diminuer les facteurs de risque et à consolider les mesures de protection.

Dans cet exemple, on a conçu un minimum de trois interventions et chacune dans trois différents domaines : l'école, la famille et la communauté. Voici les principes généraux de la prévention qui forment le tronc commun de la stratégie de *Communities That Care* [trad. Des communautés qui se préoccupent de résoudre le problème] :

> les interventions devraient porter essentiellement sur les risques connus et des mesures de protection.
> les interventions devraient viser des facteurs de risque et de prévention/protection qui correspondent à chacun des différents stades de développement.
> la prévention de la toxicomanie devrait commencer tôt, et comprendre les composantes majeures de cette action préventive, transmises avant que l'initiation à l'usage des drogues survienne.
> les interventions devraient rejoindre les personnes à risque élevé.
> les interventions doivent traiter des facteurs multirisques relatifs à plusieurs aspects — individuel, familial, scolaire ainsi qu'aux pairs et à l'entourage communautaire.

V. PROGRAMMES DE TRAITEMENT

Caractéristiques des programmes de traitement de l'abus des substances

Un programme de traitement typique de l'abus des substances devrait comprendre les éléments suivants :

désintoxication : Dans un processus de désintoxication, on doit éliminer toutes traces physiologiques d'alcool et de drogues chez l'individu. Par le passé, le rétablissement se faisait sous une étroite surveillance médicale mais on a tendance maintenant à s'éloigner de la désintoxication supervisée par les centres hospitaliers pour donner la préférence aux soins à domicile avec des services externes de soutien. Cette approche peut ne pas être adaptée à de nombreuses personnes autochtones, la préférence allant à la désintoxication dans un centre de traitement à demeure quand on doit sortir l'individu d'un environnement violent. Le résultat qu'on doit obtenir et ce, peu importe la méthode choisie, c'est d'amener le client à vouloir être traité après avoir été désintoxiqué.

système d'accès, évaluation et aiguillage : l'accessibilité du traitement au moment opportun, évaluations complètes, et aiguillage qui reflète les besoins du client.

traitement : un éventail d'options de traitement qui peuvent offrir des soins "sur mesure" aux clients. Ces options comprennent les Alcooliques anonymes, des traitements culturellement adaptés aux autochtones, des traitements à demeure (avec hébergement) et de la consultation externe. La consultation externe est vraiment une possibilité intéressante dans le domaine de la lutte contre l'abus des substances, essentiellement à cause du coût des soins dans les centres de traitement à demeure ou avec hébergement. De plus, les services de soins internes n'ont pas un bon système de dossiers/relevés en ce qui a trait à l'abstinence prolongée ou de longue durée puisque les individus peuvent faire des rechutes après leur réinsertion dans leur milieu. Les programmes externes sont plus flexibles, offrent à l'individu la possibilité de devenir sobre/abstinent pendant qu'il continue à vivre dans son milieu communautaire et il n'a pas à passer à travers une période de ré-orientation au sein de sa communauté. Les services de soins externes offrent aussi la possibilité de traitement prolongé, services qui ne sont pas normalement disponibles dans de nombreux programmes de traitement à demeure.

gestion de cas : la coordination des aspects variés des soins dispensés par différents spécialistes de la santé pour s'assurer de la continuité des soins et d'une communication efficace entre intervenants. De façon optimale, le responsable du cas devrait aider un individu à réintégrer son milieu communautaire après un traitement à demeure et lui faciliter l'accès aux services communautaires de soutien.

postcure : un élément important dans un continuum efficace de soins de traitement de l'abus des substances, c'est de s'assurer que les clients reçoivent continuellement de l'aide lors de la période de rétablissement. On ne voit pas de programme formel de post-

traitement dans le cas de nombreux programmes de traitement déjà établis et cette lacune a été identifiée comme un problème majeur dans les programmes internes (traitement à demeure) du PNLAADA. On trouve deux principaux types de post-traitement ou postcure qui ont été évalués positivement[79] : la gestion des cas (voir ci-haut) et la prévention de la rechute. Ce dernier type est une initiative relativement récente dans le domaine du traitement de l'abus des substances et il vise directement à prendre des mesures concernant les difficultés du toxicomane à effectuer les changements permanents amenés par son nouveau comportement . On se sert de stratégies pour neutraliser les facteurs qui peuvent provoquer une rechute comme des conflits interpersonnels, des pressions sociales et la dépression.

documents à fournir au sujet du programme : un système complet d'information est requis pour faciliter le processus de soins et permettre le contrôle continu de l'efficacité du programme.

Modalités des approches du traitement

Dans un examen récent et approfondi de la documentation sur les modalités du traitement de l'abus des substances, 25 approches de traitement ont été évaluées. Parmi celles-ci, huit apparaissent être efficaces. On présente, ci-après, un aperçu général des résultats de recherche de ces huit modalités qui ont démontré leur efficacité.[80]

Le cours d'affirmation de soi

Le cours d'affirmation de soi est une composante standard des programmes de lutte contre l'abus des substances, donnant aux participants les moyens nécessaires de réagir aux situations interpersonnelles difficiles en ayant un comportement décidé, en ayant de l'assurance, plutôt que de consommer de l'alcool/des drogues. Ce type de développement a eu des effets bénéfiques sur le comportement des alcooliques, mais son efficacité par rapport aux toxicomanes n'a pas été déterminée. Les rapports sur les répercussions positives de ce cours d'affirmation de soi sont équivoques. Malgré cela, on pense que, dans le cas particulier d'une population où les effets chroniques sur la santé peuvent faire obstacle au rétablissement, les bienfaits d'un tel cours sont cruciaux.

La reconnaissance des situations à risque élevé

Le concept des situations à risque élevé est basé sur l'observation qui montre que, même des personnes ayant des problèmes graves d'alcoolisme, ne boivent pas constamment à chaque fois qu'elles ont de l'alcool à leur disposition. C'est fondamental d'identifier les situations à risque élevé et de concevoir des interventions pour traiter le comportement rattaché au problème. La recherche a démontré que, dans le cas d'alcooliques ou de personnes qui boivent et dans le cas des toxicomanes à l'héroïne, les types de comportements à risque élevé les plus communs sont les états émotifs à caractère négatif, les pressions des relations interpersonnelles et sociales.

Les techniques de prévention de la rechute

À l'aide de cette forme de prévention de la rechute, l'individu devrait être capable d'anticiper et d'identifier les situations à risque élevé ainsi que de recourir à ses compétences pour bien réagir dans ce type de situation. Il devrait aussi avoir confiance en l'utilisation de ses capacités pour lui permettre d'obtenir un bon résultat. Une des principales contributions de la prévention de la rechute dans le domaine des toxicomanies, c'est qu'elle a ouvert la discussion sur le fait que la rechute survient fréquemment après le traitement. On a des preuves manifestes et disponibles qui démontrent largement l'efficacité de la prévention de la rechute, même si les améliorations attribuables à cette technique ont tendance à être modestes.

Le développement des compétences sociales

Le développement des compétences sociales est une autre composante commune des programmes de traitement de l'abus des substances. Ce développement aide les consommateurs d'alcool et de drogues à fonctionner plus efficacement dans les situations sociales. Il y a des approches variées dans ce domaine, comprenant l'enseignement de techniques de communication plus efficaces pour améliorer les relations interpersonnelles et du perfectionnement des compétences sociales pour améliorer les rapports avec les autres dans le milieu social. On a trouvé que le développement des compétences sociales en général est une composante efficace des programmes de traitement, et cette formation est appuyée par des conclusions tirées de plusieurs études démontrant ses effets positifs sur le comportement de consommation abusive de substances après l'achèvement du traitement interne et à des intervalles plus espacées de suivi. On peut inclure le développement de compétences sociales comme composante simple du programme ou comme partie intégrante de l'approche d'ensemble du traitement.

La résolution de problèmes

Le développement de compétences en résolution de problèmes est généralement inclus comme composante des programmes de traitement qui utilisent aussi d'autres approches (c.-à-d. développement des compétences sociales). Dans la recherche de documentation pour trouver des preuves que le développement de compétences en résolution de problèmes donne des résultats positifs, on a dû considérer le fait que ses effets se font indirectement sentir puisqu'il est difficile de séparer les bienfaits d'une seule composante comprise dans toute une stratégie à multiples composantes. Peu importe ces considérations, on a constaté qu'il n'y avait aucun effet défavorable, mais plutôt la présence de résultats bénéfiques, pour justifier et recommander l'intégration de la résolution de problèmes dans des procédures absolument inexistantes en évaluation.

La méthadone

Le traitement par la méthadone a été conçu comme alternative thérapeutique à l'héroïne et à l'origine, on avait l'intention de l'utiliser comme cure d'entretien ou de médication de soutien. Pour

des raisons physioiogiques, une personne qui prend de la méthadone a très peu envie de prendre aussi de l'héroïne. Le traitement par la méthadone est habituellement accompagné de counselling ou de consultation comportemental. Les multiples évaluations ont confirmé l'efficacité de la méthadone en diminuant l'usage de drogues illégales par les consommateurs et en réduisant les activités criminelles, et ainsi, en permettant aux toxicomanes de devenir socialement plus productifs et psychologiquement plus stables. Dans la documentation, les résultats de recherche qui ne sont pas en faveur de l'utilisation de la méthadone s'expliquent généralement par le dosage inadéquat de la méthadone. Une théorie sur l'utilisation de la méthadone soutient qu'on doit l'utiliser continuellement, plutôt que pour un sevrage progressif, une approche qui s'est transformée en débat moral. Les programmes de l'Amérique du Nord sont généralement réservés à ceux qui sont des toxicomanes très dépendants de l'héroïne et ils ont comme but de faire cesser ultérieurement l'usage de la méthadone. Dans de nombreux programmes de la Grande-Bretagne, de l'Europe et de l'Australie, la méthadone est disponible dans des cas moins graves d'accoutumance des drogues, aussi bien que dans des cas de cure d'entretien socialement acceptée.

La formation professionnelle

Généralement, des personnes qui ont des problèmes graves d'alcool et de drogues ont aussi des difficultés à trouver et à conserver un emploi. Les données d'information tirées des suivis auprès des toxicomanes ou des agresseurs s'adonnant à l'alcool/aux drogues ont démontré que pour ces personnes, l'assurance et le maintien d'un emploi après leur incarcération va diminuer les taux de récidive. Le but de la formation professionnelle dans les programmes de traitement d'abus des substances est de développer et d'augmenter les compétences nécessaires pour s'assurer d'un emploi à la fin du traitement et de le conserver. Un bon nombre d'études ont révélé des progrès face à l'employabilité des individus en post-traitement.

Les dispositions pour le post-traitement

La recherche a montré qu'environ 66 % de toutes les rechutes à la suite d'un traitement d'abus des substances vont survenir dans les premiers 90 jours. Le post-traitement, généralement offert dans la communauté, est planifié pour pouvoir offrir un processus continu de soins qui permet d'assurer la continuation des objectifs de fonctionnement atteints au cours du traitement. Le profil du programme de post-traitement reflète les composantes du programme de traitement, soit qu'il se base sur le modèle en 12 étapes des Alcooliques anonymes ou sur le traitement cognitif-comportemental (résolution de problèmes, identification de situations à risque élevé et aux compétences connexes). Le post-traitement ou la postcure peut être dispensé au moyen de discussions informelles ou de groupes de soutien ou bien plus formellement, des interventions qui continuent le développement de compétences spécifiques. Comme les changements de comportement chez les participants à la postcure sont assez importants et spectaculaires, tels que la documentation l'a démontré, il a été recommandé qu'on considère la postcure comme une modalité essentielle du traitement.

EXEMPLES DE PROGRAMMES DE TRAITEMENT

Cette étude a été limitée à l'examen de la documentation publiée et non publiée sur les programmes de traitement contre l'abus des substances toxiques/psychoactives. Il y a eu peu d'évaluations menées sur les différents programmes qui sont actuellement offerts aux autochtones.

1. Programme national de lutte contre les abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones

Modèle médical/de la maladie

Le PNLAADA est le principal véhicule au Canada du programme de prévention et de traitement contre l'abus des substances toxiques/psychoactives chez les autochtones. Le but du PNLAADA est d'aider les Premières Nations et les Inuit et leurs communautés à établir et à mettre en oeuvre des programmes qui visent à contrer et à éliminer les taux élevés d'abus de l'alcool, des drogues et des solvants dans ces communautés. Il a quatre volets, soit la prévention, le traitement, la formation, ainsi que la recherche et le développement. Généralement, au niveau de la communauté, la plupart des fonds du PNLAADA sont affectés aux programmes communautaires et au traitement en établissement (ou à demeure), et moins de fonds sont alloués au traitement externe et à la formation.

Les programmes communautaires du PNLAADA identifient la prévention comme élément central. En dépit de cela, comme l'a démontré l'étude de 1994 sur le PNLAADA en Saskatchewan, les attentes envers les activités des travailleurs communautaires du PNLAADA dépassent de beaucoup celles de la prévention. En plus d'offrir de l'éducation sur l'abus de l'alcool et des drogues, on s'attend à ce qu'ils dispensent des services de counselling, d'évaluation et d'aiguillage, et des services de suivi aux membres de la bande. Ces attentes peuvent changer selon les pratiques et, parfois, selon la limitation des compétences des travailleurs.[81]

Sur le plan national, le profil des services offerts par le PNLAADA par programme varie selon les quelques 400 programmes communautaires et les 49 établissements ou centres de traitement qui offrent presque 700 places de traitement à demeure. Les établissements de traitement fonctionnent principalement sur le modèle médical (un modèle qui voit la maladie comme cause première et qui met l'accent sur l'approche des Alcooliques anonymes) avec l'intégration d'une certaine composante autochtone à la thérapie variant d'un centre à l'autre. Les centres de traitement ne sont pas organisés selon un modèle hospitalier, mais ils étaient organisés à l'origine d'après des programmes existants dans les centres non-autochtones, et donc, la composante culturelle a souvent été ajoutée. Lors de l'évaluation de 1989 du PNLAADA, les quatre programmes de traitement examinés ont présenté deux approches différentes à l'intégration de la composante autochtone à la thérapie :

L'élément autochtone est un ajout au programme de traitement établi : Cette approche est basée sur la croyance que certaines pratiques et cérémonies culturelles ne vont pas être acceptées par l'ensemble de la collectivité des Premières Nations, et la participation ne devrait donc pas être obligatoire. D'autres options présentent la possibilité d'une orientation relative à la culture, telle que l'apprentissage d'une langue autochtone, l'éducation interculturelle et la sensibilisation culturelle.

La culture autochtone est intégrée au processus de thérapie : Dans ce modèle, la prédominance du processus de traitement, c'est l'orientation traditionnelle, avec des cérémonies, des activités spirituelles, des techniques thérapeutiques traditionnelles et la participation des Aînés.

L'évaluation la plus importante menée jusqu'à date du programme PNLAADA a été effectuée en 1989. On a examiné 4 centres de traitement du PNLAADA et 32 programmes de prévention communautaires. Les centres de traitement étudiés offraient des programmes d'une durée de 4 à 6 semaines, étaient bien organisés et répondaient aux besoins de tous les clients. Toutefois, l'étude a trouvé plusieurs lacunes dans les centres de traitement. Les évaluateurs ont utilisé "le meilleur modèle conseillé" comme méthode d'évaluation, ce modèle étant décrit en détail dans la section sur l'évaluation. On a trouvé que les centres n'avaient pas de services de traitement externe adéquats (à cause de la contrainte de la formule de financement), qu'ils n'avaient pas d'approche structurée pour le suivi, qu'ils avaient un éventail limité d'options de traitement, qu'il n'y avait pas assez d'évaluation des résultats et d'instruments d'évaluation normalisés. Plusieurs des recommandations des évaluateurs visaient à remédier à l'insuffisance des soins continus/de longue durée dispensés par les centres de traitement et ce, à cause du manque de considération et des ressources inadéquates affectées tant au système de pré-traitement qu'à celui du suivi. On a souligné, en particulier, le besoin de ressources pour encourager le développement d'options de traitement externe, ainsi que le besoin d'accroître l'éventail de possibilités différentes du traitement en général.

Une observation importante de l'évaluation a été de relever le manque d'approche structurée de prévention, puisqu'au moins 32 sites du PNLAADA qui offraient des services de prévention consacraient la grande partie de leurs efforts à des activités de traitement, y compris les services d'évaluation, de counselling, d'entraide et de suivi/de rappel. L'évaluation a recommandé qu'un modèle de prévention soit élaboré et qu'il soit inclus dans les exigences (modalités) des ententes de financement qui accordent des fonds aux activités de prévention. On a souligné aussi le manque d'engagement (de participation) formel de la communauté puisque seulement un des quatre programmes examinés avait un énoncé de politique du conseil de bande sur la question de l'abus des substances.

En rapport avec l'évaluation, les évaluateurs ont recommandé que des fonds soient affectés à des évaluations des résultats, afin que les programmes de traitement continu et les innovations

apportées aux programmes puissent en même temps être évalués. L'évaluation a aussi montré le manque de données scientifiques permettant de porter un jugement sur la réussite des modèles de traitement, en particulier le traitement de l'abus des substances chez les autochtones.

Les évaluateurs ont aussi recommandé d'améliorer la compétence du personnel, mais ils ont formulé cette mise en garde que, sans les autres changements, plusieurs des travailleurs actuellement à l'emploi du système seraient sans doute incapables de profiter du niveau de formation requis, de s'affirmer ou de créer un impact. Cette recommandation découlait du fait que, en matière de prévention et de traitement, on n'a pas eu de supervision de qualité ou on manquait complètement de supervision, nuisant ainsi au ressourcement et à la croissance personnelle des personnes ayant été formées au programme.

Évaluation communautaire du PNLAADA

Le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie est un domaine complexe et il est imprudent de généraliser au sujet des lacunes et des insuffisances car ce qui peut convenir et réussir dans le cas d'une communauté peut s'avérer complètement inapproprié ou inadéquat dans le cas d'une autre. Ci-après se trouvent énumérées les observations de la Première Nation Alexis qui a élaboré un plan de lutte contre l'abus des substances dans leur communauté.[82] Voici, à partir de ces observations, les lacunes les plus répandues identifiées dans les services existants de lutte contre l'abus des substances du PNLAADA :

La formation est inadéquate : il n'est pas rare chez les Premières Nations et les communautés Inuit que les travailleurs du PNLAADA n'aient pas de formation comme conseillers en toxicomanie.
Les listes d'attente : le manque de lits dans les établissements de traitement interne ou à demeure est un problème sérieux puisque la plupart des toxicomanes viennent se faire traiter quand ils sont en crise. Dans la communauté d'Alexis, deux individus sur trois qui se font traiter pour toxicomanie subissent une rechute avant d'être admis à un programme de traitement en établissement.
Un manque de programmes de soutien dans la communauté : C'est une des lacunes importantes du système de traitement. On a besoin de soutien communautaire pour prévenir les rechutes, pour l'autonomie fonctionnelle, le soutien à domicile, et les personnes ressources sur place pour continuer la thérapie.
Un manque de coordination entre la thérapie de la toxicomanie et les autres thérapies : les personnes souffrant d'assuétude subissent généralement des crises par rapport à d'autres aspects de leur vie, telles que la violence familiale, un comportement criminel ou suicidaire. Il n'y a souvent aucune communication ou une communication inadéquate entre les conseillers en toxicomanie et en alcoolisme et les autres dispensateurs de soins communautaires.
Le rôle de la guérison et de la médecine traditionnelle n'est pas reconnu : la guérison traditionnelle s'est avérée efficace dans le traitement de la toxicomanie, mais il y a de nombreux obstacles et des inquiétudes qui empêchent l'acceptation de cette approche.

2. Selkirk Healing Centre [trad. Le Centre de guérison Selkirk][83]

Modèle culturel autochtone

Selon la documentation publicitaire, le Selkirk Healing Centre se présente comme "communauté thérapeutique" qui s'efforce d'apporter des changements positifs relatifs à l'environnement, aux groupes de pairs, aux relations familiales, aux habitudes de travail, ainsi qu'aux attitudes et aux valeurs de ses résidents. Le centre met l'accent sur l'abstinence de boisson et d'autres substances toxiques ou psychoactives. Le centre ne reçoit que des clients autochtones et donc, considère comme important que les individus acquièrent une bonne compréhension de leur rôle d'autochtone et qu'ils aient confiance en eux, ainsi qu'un sentiment accru de responsabilité envers leurs actes et leurs comportements.

Le programme n'est pas basé sur le modèle médical ou de la maladie et il ne souscrit pas à l'approche en 12 étapes des Alcooliques anonymes. Le personnel du centre de guérison comprend un médecin contractuel et un psychologue-conseil. Le programme et les activités communautaires sont enrichis par des cérémonies du calumet, des cérémonies du cercle de guérison, des cérémonies de célébration du printemps et d'automne, des cérémonies d'affectation des noms, des danses en cercle, des sueries et des pow-wows traditionnels. On intègre des Aînés en tant que chefs culturels et spirituels de la communauté et on les reçoit aussi comme invités. Il y a aussi le Conseil des Aînés, un comité national, qui donne des conseils sur la programmation traditionnelle, culturelle et spirituelle autochtone.

Il n'y a pas de durée formelle/établie de traitement puisque celui-ci dépend des besoins de l'individu. Il y a quatre critères pour évaluer si une personne a achevé son programme de traitement :

1. elle maintient des routines dans la vie quotidienne (p. ex. aller travailler, se lever à temps, etc.).
2. elle s'abstient de toute substance psychoactive/toxique pendant tout le programme de traitement.
3. elle atteint 66 % de ses buts personnels. On fixe ces buts au cours des premières 4 à 6 semaines de séjour et l'individu peut les changer n'importe quand.
4. elle a un plan d'action réaliste pour sa sortie. Ces plans décrivent ce que les personnes feront à leur sortie, qui seront leurs personnes-contact, etc.

Le deuxième critère est obligatoire. Quant au reste, l'individu doit avoir satisfait à deux des trois

autres critères pour qu'on évalue qu'il a terminé son programme avec succès. Le suivi n'est pas formellement organisé selon un programme de soins prolongés , mais un groupe de "finissants" (personnes ayant achevé le programme) se réunit à chaque mois. On invite aussi les personnes à revenir au centre pour participer aux événements qui s'y déroulent. La personne qui a recommandé l'individu au programme de traitement est contactée à la fin du programme et on lui offre au besoin un service de soutien par téléphone.

On a fait une évaluation des premiers 15 mois de fonctionnement (janvier 1995 à mars 1996). Après six mois, on a aussi organisé du suivi destiné à toutes les personnes qui avaient participé au programme, peu importe qu'on les ait évaluées en tant que finissants ou non. On a effectué deux évaluations quantitatives. La première évaluation a examiné la diminution de l'usage par les consommateurs d'abus des substances ou l'abstinence, comparativement à leur admission au programme (usage quotidien, hebdomadaire, mensuel), et on a découvert que 75 % des personnes avaient soit complètement cessé ou avaient diminué l'usage des substances et ce, au cours d'une période de six mois.

Lors de la deuxième partie de l'évaluation, on a fait l'évaluation des besoins du traitement en général. On a évalué les individus à leur admission au programme à l'aide d'une échelle de 1 à 6 selon leurs besoins émotionnels et physiques par rapport à l'abus des substances. Après six mois, on a répété l'évaluation et les résultats ont démontré que 98 % des individus avaient accompli des changements positifs selon le niveau d'exigence du traitement pour qu'ils deviennent autonomes.

Le centre est actuellement aux prises avec une crise financière à cause d'un manque de fonds du fédéral pour la clientèle des Premières Nations. Le programme pour les adultes et leur famille va cesser à la fin de février 1997; on a limité le programme aux jeunes et on l'a restreint à ceux qui font usage de solvants. L'avenir du programme pour les jeunes est aussi incertain.

3. Okunongegayin

Modèle culturel autochtone

C'est un modèle de traitement qu'on a développé dans le nord de l'Ontario à l'intention de personnes qui font un usage chronique des solvants.[84] Ce modèle considère l'abus des solvants comme le symptôme d'un grand nombre de problèmes qui affectent la communauté où il y a de tels abus. Les individus, les familles, les organisations et organismes communautaires participent donc au programme de traitement. La valeur de cette approche réside dans le fait qu'on fait appel à toutes les ressources des institutions et des organismes pour contrer le problème de l'abus des solvants plutôt que de mettre sur pied une institution permanente.

Même si ce modèle utilise l'approche du "centre de traitement", on reconnaît que c'est au fur et à mesure que la communauté poursuit sa démarche de guérison que les jeunes vont recouvrer la

santé, et qu'on n'aura peut-être plus besoin de cette structure particulière. En ce qui a trait à la première étape du projet (l'étape pilote), le programme a fonctionné à partir d'un campement dans la forêt. Au cours de l'évolution du programme, on aura de moins en moins besoin d'un campement central et de plus en plus besoin d'initiatives au niveau local.

Description du programme

Ce modèle est fondé sur la philosophie, les croyances et les pratiques Anishinaabeg - on note qu'il n'est pas basé sur les théories de changement comportemental présentées en psychologie, en service social et en toxicomanie. Le programme identifie la cause de la maladie du client et adapte des mesures pour améliorer son état. En plus d'offrir des sessions de guérison pour les jeunes qui font l'usage des solvants, le programme sert de ressource à la communauté pour le développement de ses propres initiatives. En tant que programme communautaire, ce modèle est perçu comme une manifestation du gouvernement autonome.

Ce programme combine l'intervention thérapeutique avec des activités préventives telles que la réduction des préjudices et la promotion de la santé. On considère l'individu non seulement selon ses propres besoins, mais en relation avec le contexte élargi de sa famille et de sa communauté. Les éléments du programme sont :

- une évaluation clinique à l'admission qui vérifie l'état de santé du client pour savoir s'il est apte au programme dans la forêt et on élimine les individus violents ou médicalement instables.
- une cérémonie de présentation et d'ouverture officielle et une semaine de désintoxication à l'aide de sueries.
- une évaluation préliminaire lors d'une cérémonie de thérapie Anisnaabe appelée la « tente tremblante ».
- trois semaines intensives de thérapies, choisies selon les besoins de l'individu.
- une évaluation ultérieure (de suivi) au cours de la cérémonie de la "tente tremblante".

Évaluation du fonctionnement

On a mené deux évaluations sur le projet-pilote : un premier examen axé sur les opérations, c'est-à-dire des processus et des résultats du projet et un deuxième examen formel des pairs choisis parmi les spécialistes-conseils.

Les résultats de l'étape d'expérimentation de ce projet ont montré que 68 % (92 personnes) des 136 candidats admis au programme de traitement sont restés pendant toute la durée du programme. Presque toutes les personnes qui ont terminé le programme ont été évaluées à la fin du programme; on a évalué que 50 % étaient en santé et que 41 % avaient besoin de traitement

supplémentaire.

Soixante-dix personnes étaient disponibles pour le suivi et elles ont été évaluées à la fin de l'étape-pilote. Trente-cinq personnes (50 %) ont démontré des changements importants de longue durée; les travailleurs sociaux n'avaient pas d'inquiétude concernant 30 d'entre elles et ces personnes se portaient bien avec des rencontres régulières de soutien. Plus de la moitié de ces 35 personnes avaient quitté le programme de traitement depuis plus d'un an. Presque 40 % des 70 clients suivis n'ont montré aucun changement visible; le reste (11 %) n'a pas été évalué.

Selon les résultats de l'évaluation, le programme de traitement est une réussite. Les évaluateurs ont toutefois émis une mise en garde à l'effet que le succès du programme dépend des procédures d'aiguillage et d'entrée au programme qui doivent être adéquates de telle sorte que le candidat à son retour trouve une famille et un environnement qui le soutienne. On a jugé le programme moins fructueux avec les candidats souffrant de déficiences cognitives graves causées par l'abus des solvants.

L'évaluation a souligné que des efforts communautaires pouvaient indépendamment réussir à diminuer l'incidence d'abus des solvants, mais cette question dépassait le mandat de l'évaluation.

On a jugé le programme rentable économiquement et innovateur. Le coût de 9000 $ par candidat ayant terminé le programme a plus justement été établi de 12 000 $ à 24 000 $ pour chaque personne ayant réussi sur une base de longue durée et cela, si on considère le taux de réussite de 50 % établi par le suivi. La durée du programme de 4 semaines peut être avantageusement comparée aux autres programmes de traitement de lutte contre l'abus des solvants qui sont en général d'une durée de 6 à 8 mois. (Le ministère de la Santé de l'Ontario accorde un remboursement allant jusqu'à 400 $ par jour pour un traitement de toxicomanie à l'étranger.)

On dégage comme conclusions du projet-pilote la démonstration qu'il n'est pas nécessaire de suivre des modèles de traitement à demeure qui sont les principaux modèles de traitement contre l'abus de l'alcool, mais que d'autres options peuvent réussir comme les modèles de médecine traditionnelle, de réduction des préjudices et d'interventions de courte durée. En fait, une des conclusions des recommandations, c'est que des programmes efficaces contre l'abus des solvants ne suivent pas les modèles qu'on utilise ordinairement pour les programmes de traitement contre l'abus des substances psychoactives. Le programme a intégré avec succès les ressources institutionnelles selon les besoins et ne s'est pas soucié de mettre en place un programme strictement communautaire. Selon ces conclusions, la programmation doit être flexible et doit intégrer le traitement de l'individu dans un cadre élargi d'action communautaire. Le programme offrait, comme partie intégrante du processus de développement, son expertise et ses services à d'autres communautés.

4. Le programme communautaire de réadaptation O'Chiese

Traitement communautaire mobile

Le programme O'Chiese est un programme mobile de traitement contre l'abus de l'alcool mis sur pied par le Poundmaker's Lodge et le Nechi Institute.[85] La bande O'Chiese avait un taux d'alcoolisme bien au-dessus de 90 % quand on a commencé le programme. L'âge moyen de mortalité de la communauté était en-dessous de 25 ans. Le modèle adopté par le programme est basé sur les forces et les ressources de la communauté qui soutient l'effort d'équipe. Cette approche d'équipe comprend un aspect spirituel et consiste en un cercle d'interrelations formé de la personne, sa famille, la communauté et la bande. Les étapes du programme incluent :

acquérir et développer une vision du résultat positif final : c.-à-d. la sobriété.
s'engager à atteindre cette vision.
s'entourer d'une équipe chaleureuse de soutien pour la sobriété.
intégrer dans l'équipe des Aînés, des jeunes, des travailleurs de la bande de tous les services et des organismes externes de santé et des services sociaux.
un programme de traitement de 28 jours offrant de l'éducation sur l'alcoolisme et sur la façon de le traiter.
organiser un programme sur la réserve avec les conseillers en alcoolisme de la bande et ceux de Poundmaker's Lodge.
le suivi - reconstruire sa vie ou apprendre comment vivre sobre et rester dans cet état de sobriété, entrer sur le marché du travail, trouver des loisirs sans alcool.
au-delà de la sobriété.

Ce programme repose sur un soutien communautaire solide. Les pré-requis pour la mise sur pied du programme mobile de traitement consistaient en un leadership communautaire et un personnel de la bande engagés dans la sobriété. En plus, un nombre important des membres de la bande devaient s'inscrire volontairement au programme de traitement du Poundmaker's Lodge. Une fois les pré-requis satisfaits, la planification du programme mobile a débuté avec la mise sur pied d'une équipe de développement communautaire. C'était un comité de travail composé d'Aînés et de représentants des services sociaux et de santé. La force de cette équipe venait de sa structure organique qui mettait en valeur la participation de tous les membres et minimisait l'aspect hiérarchique. Cette équipe est devenue le point central de la vision du programme et les membres servaient de modèles à suivre pour la communauté.

Lors de l'évaluation du programme,[86] on a reconnu sa réussite tant du côté des individus qui ont participé comme clients que de celui de toute la communauté. Cette réussite dépendait, pensait-on, du leadership communautaire fort, d'une vision partagée du développement et de la santé de la communauté, du fait qu'il y avait un nombre important de personnes sobres ou qui avaient du moins participé au traitement de l'alcoolisme, d'une planification élaborée et de la base culturelle du programme de traitement. Cette évaluation a été limitée à une seule visite sur place d'une journée et on n'a pas examiné de données quantitatives sur les résultats du programme.

5. Traitement communautaire de Beauval, Pinehouse et Cumberland House

Traitement communautaire mobile

Four Worlds Health Promotion Program [trad. Le Programme de promotion de la santé Four Worlds] a mené en 1992 une évaluation portant sur trois services de traitement mobile en Saskatchewan.[87] Ces programmes suivaient le modèle Four Worlds basé sur le développement communautaire, non seulement en matière de traitement de la toxicomanie, mais aussi pour tous les aspects de l'apprentissage et du développement. Avec l'approche Four Worlds :

le Cercle d'influences (medicine wheel) est un outil analytique efficace et puissant pour examiner d'une façon holistique le développement humain et communautaire.

le développement vient de la communauté même en répondant à une vision de la santé.

les processus au niveau de l'individu, de la famille et de la communauté doivent être interreliés. L'apprentissage est la clé de la promotion de la santé.

le développement communautaire est perçu comme un long processus, prenant de 5 à 20 ans avant qu'on puisse répondre à toutes les questions importantes. Le travailleurs au service de la communauté doivent être formés à la pensée critique et à la façon d'amener les gens à participer davantage au processus de développement de la santé communautaire.

une volonté politique ferme et une direction de programme forte sont requises pour établir un nouveau modèle de base de la programmation qui intègre tous les efforts des programmes dans une seule approche organique globale.

le développement communautaire est dirigé de l'intérieur, mais l'aide de l'extérieur comme celle du personnel de Four Worlds est cruciale au début du programme, non pas dans le but d'imposer à la communauté des idées de l'extérieur, mais pour permettre à la communauté d'envisager toutes les conséquences/effets du comportement sur le développement et permettre aux gens de se rendre compte des répercussions de leurs paroles et de leurs actions sur le processus.

une approche formelle d'encadrement et de formation est utilisée pour guider le personnel et les bénévoles dans leur travail quotidien de développement de la santé communautaire, afin que la population de la communauté ne dépende pas trop longtemps du personnel sur place de Four Worlds.

L'évaluation des programmes mobiles de traitement fut menée au moyen d'entrevues en face à face avec les anciens clients. Selon l'évaluation :

on avait atteint des degrés différents de sobriété dans les trois communautés, variant de 20 % "complètement sobre" à 55 % "sobre après un an". Pour toutes les communautés, ces pourcentages s'avéreraient meilleurs si on incluait dans les données les personnes qui, après avoir subi une rechute, avaient regagné leur état de sobriété.

toutes les communautés étaient encouragées par ces résultats puisque les taux étaient perçus comme étant supérieurs à ceux déjà atteints avec le traitement en établissement à l'extérieur de la communauté.

tous les participants des trois communautés ont indiqué avoir accompli des progrès dans leur vie, tant sur le plan de leurs rapports avec la communauté que de celui des interactions avec les gens.

un facteur important pour les participants au programme était le fait qu'on ne ressentait pas l'aspect "organisationnel ou institutionnel". Lors de cette évaluation, on a trouvé innovateur et fructueux le fait d'avoir fait fonctionner le programme de traitement dans la communauté, mais on a toutefois remarqué, dans une communauté, le manque de soutien à l'étape du suivi et le manque de participation communautaire.

on a recommandé d'offrir un programme mobile aux jeunes dans une communauté.

une meilleure communication s'est avérée nécessaire avant la mise en marche du programme, tant pour les participants (des sessions pré-traitement) que pour la communauté (sensibilisation et compréhension).

6. Le centre de traitement Ka-Na-Chi-Hih de l'abus des solvants

Modèle combinant le modèle médical et culturel

Ce centre de traitement de l'usage abusif des solvants vient tout juste d'ouvrir ses portes à Thunder Bay, et par conséquent, il n'y a pas encore eu d'évaluation sur ce programme.[88] Ce centre met l'accent sur l'orientation que doivent adopter les programmes de traitement de l'abus des solvants chez les autochtones, notamment une combinaison des approches traditionnelles et modernes. Reconnaissant les méfaits neurologiques importants qui peuvent être causés par l'abus chronique des solvants, on a établi un programme multi-disciplinaire incluant la thérapeutique par le travail, la physiothérapie, le counselling, la formation en dynamique de la vie (apprentissage de l'autonomie fonctionnelle), la consultation individuelle qui est donnée de concert avec des enseignements traditionnels par des Aînés, des cérémonies spirituelles de guérison, du trappage, des activités récréatives et la réadaptation et le travail en groupe (la maîtrise de la colère, l'estime de soi, le rétablissement suite aux ravages causés par des agressions ou sévices, la communication interpersonnelle).

On évalue les aspects suivants : cognitive/neurologique, psychosocial, fonctionnel, physique et éducatif. D'autres services incluent la purification et la consultation avec les guérisseurs traditionnels ainsi que leur disponibilité. On assure un suivi aux évaluations pour en assurer la justesse et la pertinence culturelle et l'équipe de traitement utilise cette information tirée des évaluations pour former une équipe de traitement polyvalente/autosuffisante.

Le tableau #2 illustre l'apport des deux approches utilisées par le centre de traitement avec l'individu, le groupe, la famille et la communauté.

TABLEAU 2
ÉLÉMENTS DU PROGRAMME
Ka-Na-Chi-Hih Centre

	APPROCHE TRADITIONNELLE	APPROCHE MODERNE
Individualisation	Sessions individuelles de guérison avec des personnes qui pratiquent la médecine traditionnelle	Traitement médical individuel avec le personnel

	Orientation spirituelle individuelle avec les sueries	Counselling individuel avec un psychologue, un psychiatre, ou un membre de l'équipe clinique
	Orientation personnelle avec des Aînés	Orientation personnelle avec un pasteur/ministre du culte
Groupe	cercle d'accueil et cercle de la parole	Groupe de discussion
	Cercle de guérison/suerie	Thérapie de groupe
Famille	Cercle de guérison de la famille	counselling (consultation) familial
Communauté	Cercle de guérison communautaire	Développement communautaire

7. Centre de traitement Round Lake
Programme du PNLAADA

L'étude "Résultats client" du Centre de traitement Round Lake, telle que décrite précédemment dans ce rapport, a aussi mené une étude longitudinale du programme du centre couvrant deux périodes différentes de temps. L'étude longitudinale a évalué les résultats du centre de traitement obtenus au cours de la période couverte par l'étude des résultats de 1991à 1995 ainsi que ceux d'une étude antérieure menée auprès de clients qui avaient participé au programme de traitement de 1979 à 1985.

Le centre a pour buts d'innover et d'offrir un service de traitement de grande qualité à ses clients en établissement avec soins médicaux-sociaux ainsi que des services de traitement communautaire de même qualité, et de s'engager à concevoir et à mettre en oeuvre des programmes qui font participer la famille à la prévention, aux interventions et au traitement. Même si la structure du programme est demeurée semblable au cours des dernières 10 années, il y a eu plusieurs changements importants dans l'approche et les méthodes de traitement. Ces changements étaient liés à :

un dépistage plus approfondi chez les clients avant leur admission, afin que le programme corresponde davantage aux besoins du client et aussi, que le client soit mieux préparé au programme intensif de traitement à demeure.

un renforcement accru de la sensibilisation culturelle du traitement et de son orientation spirituelle.

une attention encore plus grande au groupe de soutien et aux cercles de guérison comme technique d'intervention clinique plutôt qu'à l'utilisation de séances individuelles de counselling ou de consultation.

une diminution de l'utilisation des techniques autoritaires de confrontation des AA.

Le tableau #3 compare l'état des résultats du suivi des clients qui ont terminé le programme de 1979 à 1985 et de 1991 à 1995.

Tableau 3
État des résultats du suivi des clients "finissants" 1979-1985 et 1991-1995
(Clean c.-à-d. sans drogue et sobre)

	% clean et sobre	# clean et sobre	% clean et sobre	# clean et sobre
3 mois après avoir terminé le programme	73,3 %	148	86,9 %	218
1 an après avoir terminé le programme	64,9 %	131	68,8 %	119
2 ans après avoir terminé le programme	59,1 %	114	65,1 %	82

Tableau 4
État des résultats du suivi des clients " finissants" 1991-1995
(relations familiales, qualité de vie, image de soi)

	Relations familiales améliorées	Qualité de vie améliorée	Amélioration de l'image de soi
3 mois après avoir terminé	69,3 %	72,1 %	54,2 %
1 an après avoir terminé	53,2 %	65,3 %	64,2 %
2 ans après avoir terminé	65,9 %	73,0 %	67,5 %

Le programme a démontré des taux supérieurs de clients "clean" et sobres pour la période 1991-1995 et pour toutes les autres périodes depuis la fin de leur programme de traitement. On trouvait le plus grand écart chez les clients qui avaient achevé le programme depuis trois mois (13,6 %), l'écart étant davantage diminué durant les périodes de 1 an et de 2 ans, soit entre 45 et 5 %.

L'étude a examiné d'autres variables des résultats, mais cette information n'était disponible que pour la période de 1991-1995. C'étaient comme variables les relations familiales améliorées, la qualité de vie améliorée et l'image de soi améliorée (Tableau 4). L'image de soi était la seule variable qui montrait une amélioration constante durant toutes les périodes, soit la période de 3 mois, de 1 an

et de 2 ans; elle donnait une augmentation de 13,3 % pour la période de 3 mois, 53,4 % pour 1 an et 67,5 % pour 2 ans.

8. Programme de traitement à demeure pour les jeunes Natitch Salallie[89]

Modèle combiné médical et culturel

Ce programme destiné aux adolescents, provenant de Keizer en Oregon, est basé sur le principe que le rétablissement se fera en renforçant l'estime de soi par une approche holistique intégrant le social, la culture, le physiologique ou le physique et le spirituel. C'est un programme basé sur l'abstinence qui utilise l'approche en 12 étapes de counselling ou consultation individuelle. La programmation culturelle est intégrée au programme dans son ensemble et elle comprend des études obligatoires sur le gouvernement tribal, les traditions et l'histoire.

En tant que traitement à demeure intensif, le programme varie de 30 à 90 jours selon les besoins du client. En plus du counselling individuel, on offre d'autres services comme la coordination entre le centre de traitement et l'école où le client suit son programme d'études pour s'assurer que ses besoins d'apprentissage scolaire sont satisfaits, de la consultation familiale, et un suivi et postcure (commençant la dernière semaine du séjour). Après que le programme de traitement interne est terminé, les clients à risque élevé de rechute peuvent participer à Transitional Living Component (TLC) [trad. Composante transitoire de vie (CTV)] pendant une période de 30-90 jours. Au cours du programme CTV, un client doit travailler à atteindre les buts qu'il s'est fixés par rapport à ses études ou à son travail. La prévention de la rechute, l'établissement d'un système de soutien ou d'entraide, le développement de l'estime de soi, de la prise de décision et la dynamique de la vie ou compétences psychosociales sont les activités de ce programme.

9. Fondation internationale de la redécouverte[90]

Modèle culturel de vie sauvage

La Fondation internationale de redécouverte a commencé comme un simple campement en Colombie-Britannique, mais en réponse aux demandes d'aide pour développer des programmes dans d'autres milieux, elle a pris de l'expansion et elle s'est établie en de nombreux sites dans l'ouest du Canada et des États-Unis. On a décrit la redécouverte comme étant un renversement, un mouvement en marche arrière, du processus des écoles résidentielles ou des internats. À travers cette expérience de vie sauvage, en pleine nature, les gens reviennent en arrière pour se rapprocher de la terre, de leurs racines culturelles et d'eux-mêmes.

Les Aînés ont participé à chaque aspect du programme comme dirigeants et conseillers. Un des principes directeurs est l'authenticité car le programme doit être géré par la population autochtone dans des communautés autochtones. On encourage les participants à assumer des rôles de direction; on leur enseigne à vivre des libéralités de la terre et à reconnaître les réalisations personnelles. C'est un programme de deux semaines, et on tente durant les mois d'hiver, d'offrir

un suivi, au moyen de l'hospitalité des Aînés et des groupes de danse traditionnelle.

10. Symposium sur les répercussions du monitorage/programme de suivi dans les systèmes de traitement de l'abus des substances

Même si l'importance de mesurer les effets/répercussions du traitement de l'abus des substances est bien reconnue, ce n'est que récemment qu'on a commencé à vraiment accorder de l'attention à la conception et à l'expérimentation de moyens de mesure des résultats ou des répercussions du traitement normal, conventionnel. Le Symposium sur les répercussions du monitorage/du suivi dans les systèmes de traitement d'abus des substances a été tenu en Ontario en février 1997 et il a rassemblé des experts internationaux de la recherche sur les répercussions de la lutte contre l'abus des substances. Ce symposium a reconnu la valeur des moyens traditionnels de collecte de données à des fins d'évaluation, tels que les renseignements démographiques, le soutien social, l'état de santé mentale des clients et la gravité de la dépendance aux substances psychoactives, mais il fait un pas de plus en explorant les mesures multidimensionnelles des résultats ou des répercussions, incluant l'amélioration du fonctionnement personnel et social, la diminution des risques pour la santé et la sécurité publiques et la réduction (pas nécessairement l'abstinence) de la consommation d'alcool et de drogues. L'exactitude et la validité de ces derniers indicateurs de résultats dépendent beaucoup des instruments de mesure (évaluations, sondages/enquêtes etc) utilisés. Ils sont de façon significative influencés par les circonstances entourant la collecte d'information telle que la durée de la période de temps exigée par la situation du client et s'il s'agit d'entretiens en tête-à-tête ou au téléphone.[91]

Les outils de mesure des résultats ou des répercussions comprennent des instruments d'évaluation qui sont utilisés à l'admission et à la sortie et ils servent à indiquer les progrès accomplis au cours du traitement. Un questionnaire sur les améliorations telles que perçues par le client devrait permettre de suivre l'évolution de la satisfaction et de se tenir au courant des progrès — deux importantes dimensions pour le client qui sont liées à son niveau de persévérance et de motivation.[92] La Commission de l'Alberta sur la lutte contre l'abus d'alcool et de drogues (CALAAD) a mis sur pied un système de monitorage/de suivi des résultats relatifs au continuum de soins ou soins de longue durée.[93] Il y a trois principaux sous-systèmes (détoxication, traitement et formation/éducation), chacun ayant sa propre série d'indicateurs de résultats et de procédures.

Les résultats/répercussions qui ont été mesurés dans le système de la Commission de l'Alberta (CALAAD) découlaient des programmes suivants :

- counseling ou consultation individuelle externe,
- traitement de jour,
- counseling ou consultation dans le traitement interne et de courte durée,
- services de soutien de longue durée.

Tous les services de traitement ci-haut mentionnés ont fixé les mêmes indicateurs de résultats, groupés dans trois domaines :

- satisfaction du client à l'égard des services de traitement.
- postcure ou post-traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie et de la dépendance aux jeux

de hasard (3 mois ultérieurs au traitement).
postcure axée sur le fonctionnement dans la vie quotidienne

Le personnel et les gestionnaires de la Commission de l'Alberta (CALAAD) ont identifié trois principales problématiques lorsqu'ils ont mis sur pied leur système de monitorage ou de suivi des résultats : durée et coûts du processus, intégration dans le déroulement des activités quotidiennes et la complexité des procédures.

La demande concernant l'obtention d'une information plus exacte sur les répercussions/résultats est maintenant acceptée par les sources de financement. Par exemple, la Commission de l'Alberta (CALAAD) subit actuellement des pressions de la part du gouvernement de l'Alberta pour améliorer les taux de réussite de leur traitement. Dans l'avenir, on pourrait exiger plus de rentabilité des investissements par rapport aux buts visés (soins de santé et crime offsets), mais par contre, le gouvernement requiert maintenant qu'on vise des objectifs orientés vers le recouvrement de fonds.[94] Les membres de l'organisation s'interrogent à savoir si oui ou non, ils savent comment augmenter ces taux et ils affirment que les études tirées de la documentation n'ont pas démontré que les répercussions/résultats se sont améliorés au cours des trente dernières années. De plus, la Commission de l'Alberta (CALAAD) a débattu la pertinence de l'abstinence comme but de traitement et des niveaux d'abstinence postcure actuellement atteints. Comme il n'y a aucun processus commun ayant reçu l'agrément et permettant de mesurer la performance et d'en rendre compte, par exemple dans le cas de l'abstinence, les comparaisons peuvent se révéler inadéquates par rapport à certains centres de la Commission de l'Alberta (CALAAD).

Les résultats ne doivent pas seulement être mesurés mais ils doivent aussi être gérés. La gestion des résultats consiste en :

des résultats sur la santé dans un language compris généralement par les patients.
une base de données nationale contenant de l'information et une analyse des résultats cliniques, financiers, et des répercussions sur la santé qui tentent d'évaluer le rapport qui existe entre les interventions médicales et leurs effets sur la santé, et contenant aussi bien des ressources que des résultats sur la santé.
une possibilité pour les décideurs d'avoir accès aux analyses qui sont pertinentes et de faire des choix.[95]

Le Symposium de Toronto n'a pas inclus de présentations sur les approches autochtones en matière de mesure des résultats. On a mis en évidence quelques programmes de traitement non-autochtones qui ont retracé le résultat atteint auprès de leur clientèle. Une étude a permis d'examiner la durée de temps du traitement à l'aide de la méthadone par rapport à son effet sur le résultat. Cette étude a révélé que :

des progrès ont été faits après le traitement dans le cas d'abus de drogues illégales, de consommation d'alcool, et de participation à des activités criminelles survenues antérieurement au traitement, à cause d'une durée plus longue de traitement (spécialement d'un an ou plus) et significativement reliée à de meilleurs résultats.

des personnes âgées de plus de 35 ans, ayant une fréquence d'injection plus faible et une motivation plus grande au cours du traitement avaient des caractéristiques associées chacune à une augmentation du double des probabilités d'aboutir à des résultats positifs.
des patients en traitement à demeure (interne) dont le séjour est d'un an ou plus ont presque 5 fois plus de chances d'obtenir de meilleurs résultats.
on peut prédire la durée de séjour du traitement d'un patient par le degré plus élevé de sa motivation à l'admission et sa participation précoce au programme.[96]

On a présenté une étude des résultats obtenus par un multicentre situé en Suisse allemande de soins prolongés ou soins de longue durée à l'intention des personnes dépendantes de l'alcool ou d'alcooliques en traitement.[97] Dans cette étude, la population était décrite comme des personnes en traitement interne dans des centres spécialisés dispensant des services de soins aux alcooliques. Les clients ont été suivis en postcure pendant plus de 7 ans après le traitement. On a fourni peu d'information dans les documents présentés au symposium sur le type de traitement offert dans ces huit centres, à part qu'ils visaient l'atteinte de l'abstinence et qu'ils étaient conçus pour réaliser "la réadaptation des individus atteints." Les centres variaient comme durée de séjour, allant de 6 semaines à 12 mois, même si la plupart des patients étaient admis pour des séjours thérapeutiques à moyen terme (durée indéfinie). Au sujet du traitement de l'étude, la moyenne de durée de séjour était de 5,5 mois, s'étendant entre 1 et 567 jours (d.s.= 90 jours). Comme suivi à l'examen, on a utilisé un questionnaire d'auto-évaluation ou un sondage sommaire au téléphone auprès des répondants n'ayant pas rempli le questionnaire initial. Quant aux clients du traitement de l'étude, on a échantillonné 15 % de tous les clients admissibles à l'étude. Les résultats obtenus comprenaient les données suivantes :

63 % des anciens clients révélaient au moins un épisode de rechute au cours des 7 ans écoulés depuis le type de traitement suivi. 15 % ont révélé des rechutes de plus de 3 ans.
le taux de mortalité des clients suivis était de 6 fois plus élevé que la population en général. la principale cause était les lésions au foie et l'hémorragie interne du tractus digestif. La deuxième des causes les plus fréquentes de mort était le suicide et les maladies cardio-vasculaires.
avoir de l'emploi ou travailler était positivement associé à l'abstinence — parmi les gens ayant de l'emploi, le taux d'abstinence était 3 fois plus élevé et le taux de rechute de 20 % plus bas.
dans cette étude, la population avait souffert de problèmes de santé beaucoup plus que la population en général (et ce, sans lien avec l'âge).
les gens ayant des relations interpersonnelles stables avaient significativement plus de chances de ne plus éprouver de problème de consommation d'alcool ou de drogues (à moins que leur partenaire avait aussi des problèmes de dépendance).
en général, la postcure consistant en abstinence complète ou en consommation faible d'alcool était aussi accompagnée d'une évaluation positive de la qualité de vie.

Les auteurs de la recherche faite en Suisse indiquent le besoin d'évaluation adéquate dans le domaine de l'alcoolisme — d'évaluation permettant de faire la distinction entre de faibles manquements et des rechutes graves, et la distinction entre la consommation maîtrisée et celle, non contrôlable. Donc, les caractéristiques de la consommation excessive et les situations qui y sont rattachées sont importantes, et elles créent de grands défis quant à la conception d'outils

d'évaluation complexes. Ces auteurs suggèrent que la connaissance des caractéristiques/comportements de l'ensemble évolutif de la consommation peut être un important moyen quand on évalue les dynamiques du processus de rétablissement.

I. OBSERVATIONS

Le but de cet examen n'était pas de recommander un type d'évaluation ou de programme de traitement en matière de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones, mais plutôt de présenter les différentes approches de prévention et de traitement utilisées actuellement et d'identifier les indicateurs d'efficacité de ces programmes sur lesquels les évaluations ont été basées. Voici les observations pertinentes à cet examen :

1. Les évaluations des programmes en matière de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones ont surtout porté sur les taux d'achèvement du programme, taux d'abstinence ou de diminution de la consommation de substances comme un indicateur d'efficacité des résultats. Cette approche quantitative suggère que les comparaisons entre programmes devraient pouvoir se faire et donc, le succès de ces différents programmes peut être déterminé. Il y a de nombreuses différences parmi les programmes de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones, ce qui peut nuire à ce type de comparaison. Comme différences, il y a un manque de points de repères/d'indicateurs dans les données statistiques sur les résultats; les approches de programme diffèrent, basées sur des modèles variés; les politiques relatives à l'achèvement du programme diffèrent; les populations desservies varient selon la gravité de la situation des clients; les durées de séjour varient; les opinions relatives aux résultats positifs varient (c.-à-d. abstinence vs. diminution des niveaux de consommation); les populations évaluées diffèrent (inclusion de tous les participants dans les statistiques ou seulement de ceux identifiés comme ayant terminé le programme).

   Il n'y a pas de points de repère/d'indicateurs que les programmes peuvent utiliser au moment de l'évaluation du traitement ou de la prévention de l'abus des substances chez les autochtones. Pour une communauté qui s'embarque dans une intervention formelle comme un programme ou un service mobile, du moins au début, n'importe laquelle réussite par rapport à l'atteinte de la sobriété est bien accueillie. La question à savoir jusqu'à quel point le programme est fructueux devrait être secondaire, et dans la plupart des cas, elle devient impossible à évaluer à cause des approches de programme variées qu'on a observées parmi les communautés et à cause d'un manque de valeur commune relative à l'indicateur de réussite. Dans les évaluations mentionnées et étudiées dans ce rapport, les indicateurs de résultats indiqués sont : l'usage éliminé ou réduit par les participants (75 %); le changement significatif et de longue durée chez les participants ayant achevé le traitement (50 %); et la sobriété (20 %-87 % selon la durée de la période de suivi.

   Certains programmes (par ex. le Centre de guérison Selkirk [Selkirk Healing Centre]) ont lancé le défi d'évaluer les résultats du point de vue central, soit l'abstinence, en disant que l'efficacité du traitement devrait être évaluée par la réduction du niveau de consommation d'alcool ou de l'usage de drogues. De même, les bienfaits du programme pour ceux qui n'ont pas achevé le programme sont aussi reconnus par ce centre, puisque tous les participants, pas seulement ceux qui ont terminé le programme, ont été suivis et donc, peuvent déterminer le succès de la postcure.

Les données de l'évaluation nationale provenant du SRAT, utilisées dans le programme PNLAADA, incluent l'identification des tendances relatives à l'abus de différentes substances psychoactives et des dépendances croisées, de l'utilisation jours-lits, le nombre d'admissions, le nombre de personnes ayant achevé le traitement ou le programme, les raisons de la non-adhérence au traitement, la récidive du client, et les coûts de traitement par jour. Les données du SRAT ont été qualifiées de limitées à cause de l'inconsistance des rapports et du manque d'exactitude. On a besoin de s'assurer de la fiabilité des données du SRAT et aussi, d'accroître les efforts de collecte de données pour englober le continuum de soins ou les soins de longue durée.

2. La programmation moderne de la lutte contre l'abus des substances chez les autochtones met l'accent sur le rôle de la communauté dans la conception, la prestation et le soutien des programmes. Cela impliquerait que la communauté, comme partie intégrante du programme de traitement, devrait aussi être évaluée. Il y a deux aspects à l'évaluation communautaire : (1) l'effet de la participation communautaire sur le programme et (2) l'effet des résultats du programme sur le bien-être de la communauté. Il ne semble pas y avoir d'évaluations formelles qui aient mis l'accent sur ce premier aspect. L'indicateur le plus communément utilisé pour évaluer la participation communautaire, c'est l'existence d'une politique du Conseil de bande appuyant les buts du traitement dispensé par le programme. Quant au deuxième aspect concernant l'effet sur la communauté, on l'a déduit des taux des résultats obtenus par les clients.

3. Il y a un manque d'information dans ces évaluations sur la qualité des services dispensés par les programmes. Sans aucun doute, certains programmes doivent inclure l'évaluation de la satisfaction du client au moyen de questionnaires, mais ce n'est pas toujours évident dans la documentation qu'on a étudiée pour ce rapport, exception faite de l'étude sur les résultats des clients du Centre de traitement Round Lake.

Dans les évaluations de programme qui ont été examinées, il n'y a pas d'évidence ou de preuve que l'amélioration continue de la qualité ou des stratégies de gestion de la qualité totale aient été évaluées. En fait, la qualité du service est rarement un indicateur dans ces évaluations. L'objectif de ces méthodes est d'assurer la qualité et d'augmenter l'efficacité des services dans les organisations et les programmes. Les concepts de ACQ et de GQT et leurs modèles sont bien implantés dans les secteurs privé et public à but non lucratif. L'approche du cercle de la qualité dans ces méthodes est fondée sur la résolution de problèmes en équipe qui valorise l'apport du personnel à tous les échelons, et elle pourrait être complémentaire au processus traditionnel autochtone de concertation.

4. Les facteurs démographiques, les antécédents personnels, cycle de vie passée, le traitement antérieur de l'abus des substances, ont tous été étudiés comme influant sur les résultats du programme. Idéalement, un programme devrait saisir ces données d'un système d'information, de telle sorte qu'on pourrait jeter plus de lumière sur les raisons justifiant les résultats qui ont été obtenus. Ces exigences quant aux données devraient être mises en place lors de l'implantation du programme afin de pouvoir dégager à partir de l'ensemble des données sur les clients une ligne directrice de départ.

5. Parmi les évaluations examinées pour ce rapport, il n'y en avait aucune qui étudiait l'épuisement professionnel du personnel, les conseillers dépassés par le nombre de cas, ou d'autres facteurs rattachés au personnel qui peuvent faire obstacle à un résultat de programme positif. D'autres aspects qui pourraient être évalués comprennent les conflits entre les autochtones et les non-autochtones (la conception du programme ou l'orientation), le rejet par la communauté ou le manque de soutien.

6. Quand on expose les résultats relatifs aux effets/répercussions, il y a très peu de distinction au sujet de la gravité de l'abus d'alcool ou de drogues (alcoolisme et toxicomanie). Les approches modernes des stratégies de traitement de l'abus des substances ont été de plus en plus influencées par l'importance des niveaux de consommation comme indicateurs de la gravité. On a suggéré d'inclure, comme niveaux de consommation, la première expérience de consommation, les activités récréatives (recherche de drogues à consommer), l'accoutumance (dépendance psychologique), la consommation excessive (ignorance des conséquences désastreuses) et la toxicomanie (envie irrésistible de rechercher des drogues). Ces niveaux peuvent aider à déterminer des stratégies d'intervention précoce aussi bien que des approches de traitement adéquates.

7. L'information au sujet du suivi, selon les données des résultats obtenus auprès des clients qui ont réintégré leur communauté, est assujettie à la sincérité des répondants qui peuvent ne pas vouloir causer de désappointement au personnel du programme. Il peut y avoir un nombre appréciable de clients qui refusent de répondre aux questions au sujet de la sobriété (particulièrement si l'accent du programme était mis uniquement sur l'abstinence, comme l'approche des alcooliques anonymes). Cette situation peut mener à deux types de données statistiques démontrant des résultats de clients complètement différents : abstinence chez les répondants et abstinence parmi les personnes qui ont répondu à cette question particulière.

8. Il n'y a pas de mécanisme formel pour s'assurer qu'on adhère à des normes minimales de soins. Même si des normes de programme ont été élaborées par PNLAADA, celles-ci n'ont pas été formellement utilisées dans un processus d'agrément, non plus qu'il y ait eu un processus généralement accepté par un organisme reconnu qui mènerait l'évaluation.

9. Les approches autochtones au traitement de l'abus des substances semblent s'éloigner du modèle des Alcooliques anonymes, qui considère les consommateurs excessifs comme étant irresponsables de leurs actes et qui se sert de techniques de confrontation. On favorise plutôt un modèle combinant la médecine et la culture autochtone. Dans ces programmes, on utilise les composantes des approches occidentales de traitement qui sont complémentaires et culturellement neutres. On reconnaît que certains clients peuvent ne pas se sentir à l'aise dans un programme basé uniquement sur la culture traditionnelle.

10. La question des coûts émerge rarement des évaluations. Ce n'est pas spécifique aux programmes autochtones puisqu'il y a un manque général d'études de coût-efficacité en matière de traitement de l'abus des substances. On explique les raisons de cette lacune par des problèmes de conception d'idées relative à l'évaluation, de désaccord sur les buts du traitement, de désaccord au sujet des répercussions/résultats, de l'incertitude au sujet de la durée de séjour adéquate du traitement, de la variation parmi les programmes de traitement, des taux élevés d'abandon et du manque de confiance relatif aux auto-évaluations des clients.[98]

    Les aspects importants à évaluer en matière de coûts sont : Quels types de clients coûtent le plus cher à traiter? Quels types de clients bénéficient davantage du traitement? Comment compare-t-on les bienfaits aux coûts? À une époque de restrictions financières dans le domaine des soins de santé dispensés aux autochtones où on doit accomplir le double avec chaque précieux dollar en répondant aux nombreux besoins de santé de la population, cette information devient encore plus pertinente qu'elle ne l'est pour la population en général.

    Les indicateurs généraux pour évaluer les coûts sont l'abstinence ou la diminution de l'abus des substances, mais les coûts indirects sont également importants même s'ils sont plus difficiles à mesurer et à évaluer. Ces coûts indirects se reportent à l'amélioration de la qualité de vie, à l'augmentation des emplois et à la réduction de l'activité criminelle.

11. L'évaluation efficace requiert un engagement de la part de toutes les personnes liées à la prestation du programme, comprenant le personnel, les bénévoles et l'administration. On doit envisager l'évaluation comme étant une activité profitable pour la conception et la planification de programme et non comme une menace pour les membres du personnel ou pour la continuité de l'existence du programme. Idéalement, le personnel et les bénévoles devraient activement participer à la planification d'une évaluation et à sa mise en oeuvre.

Références bibliographiques

1.Commission royale sur les peuples autochtones, 1996. Rapport final : *Volume III Vers un ressourcement/Gathering Strength*, p. 166.

2.Kramer, J.M. et G.R. Weller, 1989. *North American native health: A comparison between Canada and the United States*. Lakehead Centre for Northern Studies Research Report Series No.6.

3.Voir note 1, p. 197.

4.Voir note 1, p. 198.

5.Voir note 1.

6.Scott, Kim. 1994. "Substance abuse among Indigenous Canadians." In *Aboriginal Substance Abuse: Research Issues — Proceedings of a Joint Research Advisory Meeting*. Édité par D. McKenzie. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (Ottawa).

7.Voir note 1, p. 157.

8.Voir note 6.

9.Fédération des Nations indiennes de Saskatchewan. 1984. *Alcohol and Drug Abuse Among Treaty Indians in Saskatchewan: Needs Assessment and Recommendations for Change.*

10.Gfellner, B.M. et J.D. Hundelby. "Family and peer predictors of substance use among Aboriginal and non-Aboriginal Adolescents." *The Canadian Journal of Native Studies*. Vol X, No. 2, pp. 267-294.

11.Scott, Kim. n.d. *Indigenous Canadians: Substance Abuse Profile 1995*. Préparé pour le Kisht Anaquot Health Research and Program Development, et le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les autochtones.

12.Rogers, D.D. et N. Abas. 1988. "A Survey of native mental health needs in Manitoba." *Arctic Medical Research/Recherche médicale de l'arctique*, Vol 47(suppl 1), pp. 576-80.

13.Statistiques Canada. 1993. *Language, Health and Lifestyle Issues: 1991 Aboriginal Peoples Survey/Questions de langue, de santé et de mode de vie : sondage de 1991 sur les peuples autochtones*, catalogue numéro 89-533 (Ottawa : Statistiques Canada).

14.Adrian, M., N. Payne, et R.T. Williams. 1991. "Estimating the effect of native Indian population on county alcohol consumption: The example of Ontario." *Revue internationale sur la toxicomanie*. Vol 2, No. 5A et 6A, pp. 731-65.

15.Voir note 1, pp. 159-60 (Tableau 3.10).

16.Gouvernement du Yukon, 1991. *Yukon Alcohol and Drug Survey. Volume 1: Technical Report.* (Whitehorse : Yukon Government Executive Council Office, Bureau of Statistics).

17.Santé Québec. 1994. *Un profil de la santé des Cris/A Health Profile of the Cree.* Rapport sur un sondage de Santé Québec sur les Cris de la Baie James, éd. par Carole Daveluy et al. (Montréal : Santé Québec).

18.Voir note 9.

19.Santé et Bien-être Canada. 1989. Promotion de la santé dans les Territoires du Nord-Ouest. (Ottawa : Santé et Bien-être Canada).

20.Northwest Territories Bureau of Statistics. 1996. *1996 NWT Alcohol and Drug Survey: Rates of use for alcohol, other drugs and tobacco. Report #1.*

21.Voir note 13.

22.Voir note 19.

23.Voir note 20.

24.Gfellner, B.M. et J.D. Hundleby. 1995. "Patterns of drug use among native and white adolescents: 1990-1993." *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, mars-avril, pp. 95-97.

25.Voir note 9.

26.Rapport non publié par Layne, N. 1987. *Solvent use/abuse Among the Canadian Registered Indian and Inuit Population. An Overview Paper.* Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les autochtones.

27.Voir note 24.

28.Voir note 9.

29.Voir note 20.

30.Association nationale des centres d'amitié. 1985. *Urban Research Project, Phase I and II, Alcohol, Drug and Solvent Abuse.*

31.Voir note 11.

32.Kaweionnehta Human Resource Group. n.d. *First Nations and Inuit Community Solvent Abuse Survey - Updated July 1994.*

33.Voir note 30, p. 34.

34.L'information sur la mortalité provenant de la base de données de la DGSM décrite dans cette section est tirée de : Lemchuk-Favel, Laurel. 1993. *Trends in First Nations Mortality 1979-1983.*, Santé Canada. (Ottawa : Ministère des approvisionnements et services).

35.Voir Scott, K (note 6) - bibliographie sur la recherche démontrant une corrélation entre l'abus des substances et les accidents mortels.

36.Voir note 16.

37.Single, E., L. Robson et K, Scott. 1996. *Morbidity and Mortality Related to Alcohol, Tobacco and Illicit Drug Use Among Indigenous People in Canada*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

38.Fiddler, S. 1985. *Suicides, Violent and Accidental Deaths Among Treaty Indians in Saskatchewan: Analysis and Recommendations for Change*. (Regina: Federation of Saskatchewan Indians).

39.Szabo, E.L. 1990. *A Study of Mortality Related to Alcohol Use among the Status Indian Population of Saskatchewan*. Présentée au 8e Congrès international sur la santé circumpolaire, Whitehorse, Yukon, du 20-25 mai.

40.Voir note 1, pp. 132 et 323 (source bibliographique no 62).

41.Robinson, G.C., R.W. Armstrong, I. Brendle-Moczuk et C.A. Loock. 1992. "Knowledge of fetal alcohol syndrome among native Indians" *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de la santé publique*, Vol 83, No. 5, pp. 337-338.

42.Burd, L. et M.E. Moffat. 1994. "Epidemiology of fetal alcohol syndrome in American Indians, Alaskan Natives and Canadian Aboriginal Peoples: A Review of the Literature." *Public Health Reports/Rapports sur la santé publique*. Vol 109, No. 5, pp. 688-693.

43.Voir note 37, tableau 13.

44.Adrian, M. n.d. *Statistics on Alcohol and Drug Use in Canada and other Countries. Volume I: Statistics on Alcohol Use - Data Available by 1988*. (Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie/Addiction Research Foundation).

45.Voir note 6.

46.Voir note 11.

47.Comité de direction sur la santé mentale autochtone de la Direction générale des services médicaux. 1991. *Profil statistique de la santé mentale des autochtones : Contexte général rapport #1.* (Ottawa : Santé Canada).

48.Service correctionnel du Canada. 1994. *Évaluation de l'abus des substances chez le contrevenant autochtone : Outil d'évaluation informatisé sur le mode de vie*. Développement et recherche correctionnelle. (Ottawa : Service correctionnel du Canada).

49.Santé Canada 1991. *Programme de santé mentale destiné aux Premières nations et aux Inuit*. Rapport du comité directeur sur la santé mentale des Premières nations et des Inuit. (Ottawa : Santé Canada).

50.Jorgenson, Ron. 1987. *Trust the Process: Naturalistic Evaluation*. Nechi Institute.

51.Santé et Bien-être Canada. n.d. *Un guide destiné aux Premières nations sur l'évaluation des programmes de santé*. (Ottawa : Ministère des approvisionnements et services).

52.La documentation scientifique est remplie d'énoncés contradictoires sur l'effet des facteurs variés, tels que l'âge ou la santé mentale, sur les résultats du traitement. On renvoie le lecteur aux études suivantes pour un examen approfondi d'études américaines principalement non-autochtones portant sur ce sujet : Centre de traitement Round Lake. 1992. *Research on Native Adolescents and Substance Abuse*. Le projet de lutte contre l'abus des substances chez la prochaine génération d'adolescents autochtones/The Next Generation Native Adolescent Substance Abuse Project.

53.Round Lake Treatment Centre. 1996. *Client Outcome Study: Final Report*.

54.Service correctionnel du Canada. 1992. *Creating an Informed Eclecticism: Understanding and Implementing Effective Programs: A Focus on Substance Abuse/Concevoir un éclectisme éclairé : Comprendre et mettre en oeuvre des programmes efficaces : Accent sur la lutte contre l'abus des substances* (Ottawa: Service correctionnel du Canada).

55.ibid.

56.ibid.

57.Race, K.E., D.F. Hotch et T. Packer. "Rehabilitation program evaluation: Use of focus groups to empower clients." *Evaluation Review/Examen de l'évaluation*. Vol 18, No. 6, pp. 730-740.

58.Voir note 50.

59.Glen Murray Ltd. 1996. *Étude de l'évaluation des résultats du traitement de l'Abus des solvants*. Pour la Direction générale des services médicaux, Santé Canada.

60.La durée de séjour (et pourcentage d'abstinence) pour les autres programmes était de 193 jours (40,9 %), 181 jours (42,9 %) et 72 jours (45,2 %).

61.Socio-Tech Consulting Services. 1994. *Addictions Intervention Needs of First Nations : 1994 and Beyond*. Préparé pour le PNLAADA, Région de la Saskatchewan.

62.ARA Consulting Group Inc. *National Accreditation Program for NNADAP Funded Addiction Treatment Centres/Programme national d'agrément pour les Centres financés de traitement de la toxicomanie du PNLAADA*. Préparé pour le Programme national d'agrément du PNLAADA, Santé Canada.

63.Linklater, C. 1991. *Follow-up and After-Care Manual/Manuel sur le suivi et le post-traitement*. Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les autochtones, Santé Canada.

64.ibid.

65.Marlatt, G.A. et W.H. Gordon (éditeurs). 1985. *Relapse Prevention*. New York: Guilford Press, pp. 7-8.

66.Swinomish Tribal Mental Health. 1991. *A Gathering of Wisdoms, Tribal Mental Health - A Cultural Perspective.* Extrait et résumé par le Centre de traitement Round Lake/Round Lake Treatment Centre. 1992. *Research on Native Adolescents and Substance Abuse*. The Next Generation Native Adolescent Substance Abuse Project.

67.Erikson, P.G.. 1992. "Implications of harm reduction for substance abuse problems of Native people." in *Aboriginal Substance Use: Research Issues - Proceedings of a Joint Research Advisory Meeting*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et le Programme national de lutte contre l'alcool et les drogues chez les autochtones.

68.Single, Eric. 1994. *Cost Considerations and Intervention Strategies*. Présentation à un forum public sur "Managing the Social and Health Costs of Alcohol and Other Drugs." Foothills Hospital, Calgary, le 10 mai.

69.Round Lake Treatment Centre. 1992. *Research on Native Adolescents and Substance Abuse*. The Next Generation Native Adolescent Substance Abuse Project.

70.Voir note 68.

71.ibid.

72.Schinke, S., G. Botvin, and M. Orlandi. 1991. *Substance Abuse in Children and Adolescents.* Sage Publications.

73.Moskowitz, J.M. 1989. "The primary prevention of alcohol programs: A critical review of the research literature" *Journal of Studies on Alcohol/Journal des recherches sur l'alcool*. Vol 50, pp. 50, 54-58.

74.Voir note 61.

75.ibid.

76.ibid.

77.Round Lake Treatment Centre. 1994. *A Demonstration Project to Test a Community Based Solvent Abuse Intervention Model*. The Next Generation Solvent Abuse Community Intervention and Resource Project/Projet de la prochaine génération portant sur une intervention communautaire en matière d'abus des solvants et sur des ressources.

78.Peterson, P.L., J.D. Hawkins, et R.F. Catalano. 1992. "Evaluating comprehensive community drug risk reduction interactions: Design challenges and recommandations." *Evaluation Review/Examen de l'évaluation*. Vol 16, pp. 579-602.

79.Voir note 61.

80.On renvoie le lecteur au compte-rendu de recherche ci-après portant sur des références de la première recherche qui ont corroboré les conclusions qu'on a apportées dans cette section. Ces conclusions sont celles exprimées dans le compte-rendu de recherche et non celles de l'auteur de ce document. Service correctionnel du Canada. n.d. *Compte-rendu de recherche : Modalités de traitement de l'abus des substances*. Adresse de la page Web : http://198.103.98.138/crd/reports

81.Voir note 61.

82.Wong, J. 1994. *Strength of the Spirit. A Community Effort in the Treatment and Prevention of Drug Abuse*. Préparé pour le Alexis Health Centre.

83.L'information sur le Selking Healing Centre/Centre de guérison Selking a été obtenue du Site Internet (www.native.org/program/html) et de renseignements obtenus personnellement du Directeur exécutif adjoint du Centre.

84.*Final Report of the Okunongegayin Demonstration Project*. 1993. Professionnels de la santé de Anishinaabeg et de l'Hôpital du district de Lake of the Woods, Kenora, Ontario.

85.Nechi Institute on Alcoholism and Drug Education. 1987. *O'Chiese Information Package. Guidelines for Community Sobriety.*

86.RPM Planning Associates Limited. 1988. *Assessment of the O'Chiese Community Rehabilitation Program*. Soumis à la réserve de O'Chiese, à Poundmaker's Lodge et Nechi Institute.

87.Four Worlds Development International. 1992. *Mobile Treatment in Three Northern Saskatchewan Communities: Beauval, Pinehouse and Cumberland House*. Rapport préparé par Four Worlds Health Promotion Program/Programme de promotion de la santé Four Worlds.

88.Information sur le Centre Ka-Na-Chi-Hih a été obtenue grâce à une description écrite du programme reçue du personnel du Centre.

89.Cardoza, E. 1991. *Treatment for Adolescent Substance Abusers*. Rapport soumis par le Centre canadien de lutte contre l'abus des substances.

90.Henley, T. 1989. *Rediscovery: Ancient Pathways - New Directions*. Western Canada Wilderness Committee.

91.Rehm, J.H. Ross, G. Walsh. 1997. *Alternative methods of measuring outcomes in monitoring systems*. Présentation au Symposium portant sur "Monitoring Outcomes for Substance Abuse Treatment Systems", Toronto. les 19-20 février.

92.Mercier, C. et M. Landry. 1997. *Clients' perceptions of the results of their treatment as outcome indicators*. Présentation au Symposium portant sur "Monitoring Outcomes for Substance Abuse Treatment Systems", Toronto. les 19-20 février.

93.Dyer, A. et Jansen, Z. 1997. *Outcome monitoring in AADAC: Development, current practices and emerging issues*. Présentation au Symposium portant sur "Monitoring Outcomes for Substance Abuse Treatment Systems", Toronto. les 19-20 février.

94.ibid.

95.Glaser, F. 1997. *"So - what happened? The crucial importance of outcome determination."* Présentation au Symposium portant sur "Monitoring Outcomes for Substance Abuse Treatment Systems", Toronto. les 19-20 février.

96.Simpson, D. 1997. *Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. - outcomes*. Présentation au Symposium portant sur "Monitoring Outcomes for Substance Abuse Treatment Systems", Toronto. les 19-20 février.

97.Maffli, E. 1997. *Multicentre Outcome assessment 7 years after inpatient alcoholism treatment in German-speaking Switzerland*. Présentation au Symposium portant sur "Monitoring Outcomes for Substance Abuse Treatment Systems", Toronto. les 19-20 février.

98.French, M.T. 1995. "Economic evaluation of drug abuse treatment programs: Methodology and findings." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Vol 21, No. 1, pp. 111-135.